Arlene Eisenberg,
Heidi Murkoff,
Sandee Hathaway, BSN.

O Que Esperar Quando Você Está Esperando

Tradução de
PAULO FRÓES

Prefácio do Dr. Richard Aubry,
Diretor de Obstetrícia do Centro de Ciências Médicas
da Universidade Estadual de Nova York, em Syracuse

8ª EDIÇÃO

EDITORA RECORD
RIO DE JANEIRO • SÃO PAULO

2000

Este livro não encontra-se disponível em nenhuma livraria da cidade, por conta disso fomos obrigados a tirar uma fotocópia e digitalizá-la.
Foram deletadas somente as páginas em branco e este é o motivo para que, algumas vezes, pule a numeração natural das páginas. Isto deve ser percebido somente no início de cada capítulo. O conteúdo original foi preservado.

CIP-Brasil. Catalogação-na-fonte
Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ.

Eisenberg, Arlene
E37o O que esperar quando você está esperando /
8ª ed. Arlene Eisenberg, Heidi E. Murkoff, Sandee E. Hathaway; tradução de Paulo Frões. – 8ª ed. – Rio de Janeiro: Record, 2000.

Tradução de: What to expect when you're expecting
Apêndice

1. Grávidas. 2. Parto. 3. Pós-parto. I. Murkoff, Heidi Eisenberg. II. Hathaway, Sandee Eisenberg. III. Título.

93-0456 CDD – 618.24
CDU – 618.2

Título original norte-americano
WHAT TO EXPECT WHEN YOU'RE EXPECTING

Copyright © 1984, 1988, 1991 by Arlene Eisenberg, Heidi E. Murkoff e Sandee E. Hathaway

Direitos exclusivos de publicação em língua portuguesa para o Brasil adquiridos pela
DISTRIBUIDORA RECORD DE SERVIÇOS DE IMPRENSA S.A.
Rua Argentina 171 – Rio de Janeiro, RJ – 20921-380 – Tel.: 585-2000
que se reserva a propriedade literária desta tradução

Impresso no Brasil

ISBN 85-01-03520-3

PEDIDOS PELO REEMBOLSO POSTAL
Caixa Postal 23.052
Rio de Janeiro, RJ – 20922-970

EDITORA AFILIADA

A Emma, que inspirou este livro ainda no útero, que fez o melhor que pôde para que continuássemos a escrever depois que de lá saiu, e que, estamos confiantes, um dia fará bom uso dele.

A Howard, Erik e Tim, sem os quais este livro seria inviável de várias maneiras.

A Rachel, Wyatt e Ethan, que apareceram um pouco tarde para nossa primeira edição, mas cujas gestações muito contribuíram para esta.

OBRIGADA, UM MILHÃO DE VEZES

Entre um filho acrescido à prole e um livro levado ao prelo há muito em comum. Para que ambos cheguem a bom termo, faz-se mister a conjugação de certos elementos: tempo, esforço, cuidado, dedicação — à parte uma dose salutar de preocupação. Ambos requerem, ademais, a cooperação integrada de várias pessoas. Cumpre ressaltar: na gestação de nosso livro fomos, nesse particular, muito felizes, e às pessoas que dela participaram só nos resta agradecer, afetuosamente:

A Elise e a Arnold Goodman, nossos agentes, pelos conselhos, o apoio, a confiança e a amizade.

A Suzanne Rafer, da produção editorial, não só pelas sugestões lúcidas, mas também pela paciência, pelo senso de humor (de que muito precisou) e pela capacidade infinda num trabalho que, por vezes, parecia interminável.

A Shannon Ryan, por tanta eficiência, inteligência e tantos sorrisos. A Kathie Ness, pela criteriosa preparação de originais desta segunda edição.

A Bert Snyder, Ina Stern, Saundra Pearson, Steve Garvan, Janet Harris, Andrea Glickson, Cindy Frank, Jill Bennett, Nicole Dawkins, Barbara McClain, Tom Starace, Anne Kostick, e todas as outras pessoas da Workman que nos ajudaram na primeira e segunda edições deste livro. Um agradecimento também muito especial a Peter Workman, por ser um editor tão especial.

A Richard Aubrey, M. D., nosso imprescindível conselheiro médico. A qualidade deste livro muito deve a ele pela leitura lúcida e crítica do original. Foi para nós um privilégio trabalhar com um médico tão extraordinário.

Ao Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (particularmente a Mort Lebow, Florence Foelak e Kate Ruddon), à Academia Americana de Pediatria (sobretudo a Michelle Weber e Carolyn Kolbaba) e a *Contemporary Pediatrics* (e a seu editor Jim Swan) pela enorme quantidade de material e de informações que nos cedeu, pela boa vontade em responder nossas perguntas e por nos ajudar a manter o livro atualizado.

Aos muitos médicos que nos ajudaram a dirimir dúvidas, sobretudo a John Severs, Irving Selikoff, Michael Starr, Michelle Marcus, Roy Schoen e a centenas de outros que nos escreveram.

Sem a participação de três homens este livro jamais teria sido escrito. São eles Howard Eisenberg, Erik Murkoff e Tim Hathaway. Quando alguém fala em exemplos de pai e marido pensamos neles. Agradecemos a eles pela inspiração e pelo apoio.

Aos que tanto nos ajudaram na primeira edição: Susan Aronson Stirling, *designer*, Judith Cheng, pela ilustração da capa, e Carol Donner, pela ilustração do texto; e também a Henry Eisenberg, M. D., Ann Appelbaum e Beth Falk.

A amigas como Sarah Jacobs pelas muitas idéias e sugestões.

Às centenas de leitoras que nos escreveram, nos telefonaram ou que conversaram conosco pessoalmente, pelos comentários e sugestões.

SUMÁRIO

Prefácio à Segunda Edição: Uma Segunda Palavra do Médico 21

Prefácio: Uma Palavra do Médico 22

Introdução à Segunda Edição: Por que Este Livro Renasceu 24

Introdução: Como Nasceu Este Livro 26

Parte 1

NO PRINCÍPIO

Capítulo 1: Você Está Grávida? 31

AS PREOCUPAÇÕES COMUNS 31

Sinais de Gravidez • Testes de Gravidez • *Gravidez: Sinais de Presunção* • *Gravidez: Sinais de Probabilidade* • *Gravidez: Sinais de Certeza* • *Como Fazer o Teste de Gravidez* • A Data Provável do Parto

O QUE É IMPORTANTE SABER: QUEM A ASSISTIRÁ DURANTE O PARTO? 37

Uma Retrospectiva • Que Espécie de Paciente É Você? • Obstetra? Clínico Geral (Médico de Família)? Parteira Habilitada? • Tipo de Atendimento • Encontrando o Candidato • Os Vários Tipos de Parto e de Assistência à Parturiente • Para Fazer a Escolha • Para Tirar o Melhor Proveito da Relação Médico-Paciente • *Protegendo-se Contra os Erros Médicos*

Capítulo 2: Agora que Você Está Grávida 48

AS PREOCUPAÇÕES COMUNS 48

A História Ginecológica • Abortos Anteriores • Fibromas • Insuficiência Cervical • A História Obstétrica que se Repete • A Cesariana que se Repete • A História Familiar • Gestações Muito Próximas • Tentando a Sorte Pela Segunda Vez • Quando a Família É Grande • A Mãe Solteira • Ser Mãe Depois dos 35 • A Idade e o Teste para a Síndrome de Down • A Idade do Pai • Inseminação Artificial ("Bebê de Proveta") • Para Quem Vive

em Grandes Altitudes • As Objeções Religiosas à Assistência Médica • Incompatibilidade Rh • Obesidade • Herpes • *Sinais e Sintomas do Herpes Genital* • Outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) • Medo de Contrair AIDS • Hepatite B • DIU Ainda Implantado • As Pílulas Anticoncepcionais na Gestação • Espermicidas • Provera • Dietilestilbestrol (DES) • Problemas Genéticos • Para Quem É Contra o Aborto

O QUE É IMPORTANTE SABER: SOBRE O DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL 73

Amniocentese • Ultra-sonografia • *Complicações da Amniocentese* • Fetoscopia • Dosagem de Alfafetoproteína no Sangue Materno • Amostragem de Vilosidades Coriônicas • *Como Reduzir os Riscos em Qualquer Gestação* • Outros Tipos de Diagnóstico Pré-Natal

Capítulo 3: Durante Toda a Gravidez 83

AS PREOCUPAÇÕES COMUNS 83

Álcool • Cigarro • *Como Abandonar o Hábito de Fumar* • Quando Outras Pessoas Fumam • Uso de Maconha • Cocaína e Outras Drogas • Cafeína • *Alguns Perigos em Perspectiva* • Substitutos do Açúcar • Gatos em Casa • O *Estilo de Vida Durante a Gestação* • Saunas, Banhos Quentes de Imersão etc. • Exposição a Microondas • Almofadas e Cobertores Elétricos • Raios X • Riscos Domiciliares • Poluição Atmosférica • *Deixe a Sua Casa Respirar* • *Para Eliminar a Poluição Doméstica: a Solução Verde* • Riscos Ocupacionais • *Silêncio, por Favor*

O QUE É IMPORTANTE SABER: A SORTE DO BEBÊ 105

Ponderando Riscos *Versus* Benefícios

Capítulo 4: A Dieta Ideal 109

Nove Princípios Elementares para Nove Meses de Alimentação Sadia • Os Doze Componentes Diários da Dieta Ideal • *A Prescrição de Vitaminas*

A CLASSIFICAÇÃO DOS ALIMENTOS PARA A DIETA IDEAL 119

Alimentos Ricos em Proteína • Lanches Ricos em Proteína • Alimentos Ricos em Vitamina C • Alimentos Ricos em Cálcio • Lanches Ricos em Cálcio • Verduras, Legumes e Frutas • Outros Legumes e Frutas • Grãos e Cereais Integrais • Alimentos Ricos em Ferro • Alimentos Ricos em Gordura

ALGUMAS RECEITAS IDEAIS PARA A GESTANTE 123

Sopa Creme de Tomate • Batatas ao Forno • Mingau de Aveia Especial • Broas Integrais • Panquecas de Leitelho e Trigo Integral • *Milk Shake* Duplo • Biscoitos de Figo • Biscoitos de Aveia com Frutas • *As Proteínas na Dieta Vegetariana: Combinações Completas* • *Os Laticínios na Dieta Vegetariana: Combinação Protéica Completa* • Iogurte de Frutas • Daiquiri de Morango • Sangria Virgem

Parte 2

OS NOVE MESES:
Da Concepção ao Parto

Capítulo 5: O Primeiro Mês 133

A PRIMEIRA CONSULTA 133

O Aspecto Físico no Primeiro Mês

OS SINTOMAS FÍSICOS E EMOCIONAIS 135

AS PREOCUPAÇÕES COMUNS .....

Fadiga • Depressão • As Náuseas Matinais • Saliva em Excesso • Micção Freqüente • Alterações nos Seios • Complementos Vitamínicos • Gravidez Ectópica • A Condição do Bebê • Aborto Espontâneo • *Os Possíveis Sinais de Aborto Espontâneo* • Estresse • *Relaxar É Fácil* • Medo Excessivo com Relação à Saúde do Bebê • Carregando Outras Crianças no Colo

O QUE É IMPORTANTE SABER: ATENDIMENTO MÉDICO REGULAR 149

Programação das Consultas • Cuidados com as Outras Partes do Corpo • *Quando Chamar o Médico* • *Quando em Dúvida* •

Capítulo 6: O Segundo Mês 153

A CONSULTA 153

OS SINTOMAS COMUNS 153

AS PREOCUPAÇÕES COMUNS 153

Modificações Venosas • *O Aspecto Físico no Segundo Mês* • A Compleição Física: Alguns Problemas • A Expansão da Cinta-

ra • Perdendo a Forma • Azia e Má Digestão • Aversões e Desejos Alimentares • Aversão ou Intolerância ao Leite • Colesterol • A Dieta sem Carne Vermelha • A Dieta Vegetariana • Os Alimentos Pouco Nutritivos: Guloseimas, Petiscos • *Para Fugir (de Vez em Quando) à Dieta Ideal* • As Refeições Ligeiras • Aditivos aos Alimentos • Lendo Rótulos • *Comendo com Segurança*

O QUE É IMPORTANTE SABER: EM BUSCA DE SEGURANÇA 167

Capítulo 7: O Terceiro Mês 169

A CONSULTA 169

OS SINTOMAS COMUNS 169

O Aspecto Físico no Terceiro Mês

AS PREOCUPAÇÕES COMUNS 171

Prisão de Ventre (Constipação) • Flatulência (Gases) • Ganho de Peso • Dor de Cabeça • Insônia • Estrias • Batimento Cardíaco do Bebê • Desejo Sexual • Sexo Oral • Cólicas Após o Orgasmo • Gêmeos • Cistos do Corpo Lúteo

O QUE É IMPORTANTE SABER: O GANHO DE PESO DURANTE A GESTAÇÃO 182

Distribuição do Ganho Ponderal

Capítulo 8: O Quarto Mês 185

A CONSULTA 185

OS SINTOMAS COMUNS 185

O Aspecto Físico no Quarto Mês

AS PREOCUPAÇÕES COMUNS 187

Pressão Alta (Hipertensão Arterial) • Açúcar na Urina • Anemia • Falta de Ar • Esquecimento • Tintura de Cabelo e Permanentes • Sangramento e Entupimento Nasal • Alergias • Secreção Vaginal • Movimentos Fetais • O Aspecto Físico da Gestante • Roupa para Gestantes • A Realidade da Gravidez • Conselhos Indesejáveis

O QUE É IMPORTANTE SABER: FAZENDO SEXO DURANTE A GRAVIDEZ 199

A Sexualidade Durante a Gestação • Quando se Deve Restringir a Atividade Sexual • Desfrutar mais do Sexo, Mesmo Quando se Pratica Menos

Capítulo 9: O Quinto Mês 205

A CONSULTA 205

OS SINTOMAS COMUNS 205

O Aspecto Físico no Quinto Mês

AS PREOCUPAÇÕES COMUNS 207

Fadiga • Desmaios e Tonteira • Teste de Hepatite • Posição para Dormir • Dores nas Costas • Carregando Crianças mais Velhas no Colo • Problemas nos Pés • Crescimento Rápido do Cabelo e das Unhas • Aborto Tardio • Dor Abdominal • Alterações na Pigmentação da Pele • Outros Sintomas Estranhos na Pele • Problemas Dentários • Viagens • *Janiando Fora, no Melhor Estilo* • Comendo Fora • O Uso de Cinto de Segurança • Esportes • Visão • Placenta Prévia (Implantação Baixa da Placenta) • O Útero e as Influências Externas • *A Silhueta da Barriga no Quinto Mês* • A Maternidade

O QUE É IMPORTANTE SABER: OS EXERCÍCIOS DURANTE A GRAVIDEZ 225

Os Benefícios da Prática de Exercícios • Como Desenvolver um Bom Programa de Exercícios • *Não Fique Aí Sentada...* • Praticando Exercícios com Segurança • *A Escolha dos Exercícios Corretos Durante a Gravidez* • Para Quem Não Pratica Exercícios

Capítulo 10: O Sexto Mês 235

A CONSULTA 235

OS SINTOMAS COMUNS 235

O Aspecto Físico no Sexto Mês

AS PREOCUPAÇÕES COMUNS .....

Dor e Entorpecimento das Mãos • Sensação de Formigamento • Os Chutes do Bebê • Câibras nas Pernas • Sangramento Retal e Hemorróidas • Coceira Abdominal • Toxemia ou Pré-eclâmpsia • Permanecendo no Emprego • Os Movimentos Desajeitados na Gestação • As Dores do Parto • O Trabalho de Parto e o Parto

O QUE É IMPORTANTE SABER: A PREPARAÇÃO FORMAL PARA O PARTO 246

Os Benefícios dos Cursos Preparatórios • A Escolha do Curso • As Escolas de Pensamento Mais Comuns

Capítulo 11: O Sétimo Mês 251

A CONSULTA 251

OS SINTOMAS COMUNS 251

O Aspecto Físico no Sétimo Mês

AS PREOCUPAÇÕES COMUNS 253

Aumento da Fadiga • Preocupações Quanto ao Bem-Estar do Bebê • Edema (Inchação) das Mãos e dos Pés • Aumento da Temperatura Cutânea • O Orgasmo e o Bebê • Trabalho de Parto Prematuro • Crescem as Responsabilidades • Acidentes • *Não Retenha (A Urina)* • Dor Lombar e nas Pernas (Ciática) • Erupções na Pele • Soluços Fetais • Sonhos e Fantasias • Bebê de Baixo Peso • Planejamento do Parto

O QUE É IMPORTANTE SABER: TUDO SOBRE A MEDICAÇÃO DURANTE O PARTO 265

Quais os Medicamentos Analgésicos mais Usados? • Para Tomar a Decisão

Capítulo 12: O Oitavo Mês 272

AS CONSULTAS 272

OS SINTOMAS COMUNS 272

O Aspecto Físico no Oitavo Mês

AS PREOCUPAÇÕES COMUNS 274

Falta de ar • Pressão (do Bebê) nas Costelas • Incontinência por Estresse • O Ganho de Peso e o Tamanho do Bebê • A Silhueta da Barriga: Muitas Variações • Apresentação e Posição do Bebê • A *Silhueta da Barriga no Oitavo Mês* • *A Posição do Bebê* • Sua Segurança Durante o Parto • A Adequação Física para o Parto • O Trabalho de Parto e o Parto na Gravidez Gemelar • Um Banco de Sangue Próprio • A Cesariana • *Cesariana: Questões a Serem Discutidas com o Obstetra* • *Os Hospitais e o Número de Cesarianas* • *Fazendo do Parto Cesáreo um Assunto de Família* • A Segurança nas Viagens • Dirigindo • Contrações de Braxton Hicks • Banho • O Relacionamento com o Marido • Fazendo Sexo no Oitavo Mês

O QUE É IMPORTANTE SABER: FATOS SOBRE A AMAMENTAÇÃO

Por que o Seio É Melhor • Por que Algumas Preferem a Mamadeira • Como Fazer a Escolha • Quando Não se Pode ou Não se Deve Amamentar • As Mamadeiras

Capítulo 13: O Nono Mês 296

AS CONSULTAS 296

OS SINTOMAS COMUNS 297

O Aspecto Físico no Nono Mês

AS PREOCUPAÇÕES COMUNS 298

Alterações nos Movimentos Fetais • Receio de Outro Trabalho de Parto Prolongado • Sangramento, Manchas nas Roupas de Baixo • Menor Distensão Abdominal e Insinuação • A Hora do Parto • As Salas de Trabalho de Parto e de Parto • *Auto-induzir o Trabalho de Parto?* • A Gestação Prolongada • *Como Vai o Bebê?* • O Rompimento da Bolsa d'Água em Público • *O que Levar para o Hospital* • Aleitamento • Maternidade

O QUE É IMPORTANTE SABER: A FASE PREMONITÓRIA, O FALSO TRABALHO DE PARTO, O TRABALHO DE PARTO VERDADEIRO 308

Sintomas do Pré-parto (Período Premonitório) • Sintomas do Falso Trabalho de Parto • Sintomas do Trabalho de Parto Verdadeiro • Quando Chamar o Médico

Capítulo 14: O Trabalho de Parto e o Parto 312

AS PREOCUPAÇÕES COMUNS 312

Desprendimento do Tampão Mucoso • Ruptura da Bolsa d'Água • Líquido Amniótico Escuro (Tingido de Mecônio) • Indução do Trabalho de Parto • Trabalho de Parto Abreviado • Quando Telefonar para o Médico Durante o Trabalho de Parto • Trabalho de Parto com Fortes Dores nas Costas • Contrações Irregulares • Não Chegar ao Hospital a Tempo • Lavagem Intestinal (Enema) • *Parto de Emergência a Caminho do Hospital* • Raspagem dos Pêlos Púbicos • *Parto de Emergência Quando se Está Sozinha* • Administração de Líquidos por Via Intravenosa • Monitorização Fetal • *Parto Domiciliar de Emergência (ou no Consultório)* • Receio de Ver Sangue • Episiotomia • Receio do Estiramento Vaginal ao Parto • Receio de Ser Amarrada à Mesa de Parto • Uso do Fórceps • O Estado do Bebê • *Tabela do Índice de Apgar*

O QUE É IMPORTANTE SABER: OS ESTÁGIOS DO PARTO 330

Posições para o Trabalho de Parto

O PRIMEIRO ESTÁGIO DO PARTO: O TRABALHO DE PARTO 332

A Primeira Fase: Latente ou Precoce • A Segunda Fase: Trabalho de Parto Ativo • *Quando Você Não Está Fazendo Progressos* • *A Caminho do Hospital* • A Terceira Fase: Trabalho de Parto Transicional • *Dor: Fatores de Risco*

O SEGUNDO ESTÁGIO DO PARTO: OS ESFORÇOS EXPULSIVOS E O PARTO 342

Nasce o Bebê • *Ao Olhar o Bebê Pela Primeira Vez*

O TERCEIRO ESTÁGIO DO PARTO: A EXPULSÃO DA PLACENTA OU SECUNDAMENTO 348

O PARTO NA APRESENTAÇÃO PÉLVICA (NÁDEGAS) 349

CESARIANA: O PARTO CIRÚRGICO 350

Parte 3

ATENÇÃO ESPECIAL

Capítulo 15: Quando a Gestante Adoece 355

AS PREOCUPAÇÕES COMUNS 355

Gripe ou Resfriado • Doenças Gastrintestinais • Rubéola • Toxoplasmose • Citomegalovírus (CMV) • A Quinta Doença (Eritema Infeccioso) • Infecções Estreptocócicas • Doença de Lyme • Sarampo • Infecção Urinária • Hepatite • Caxumba • Varicela (Catapora) • Febre • Tomar ou Não Tomar Aspirina • Medicamentos • Ervas Medicinais

O QUE É IMPORTANTE SABER: PARA MANTER A SAÚDE 368

Capítulo 16: Enfrentando uma Doença Crônica 370

AS PREOCUPAÇÕES COMUNS 370

Diabetes • *A Gestante Diabética e os Exercícios* • Asma • Hipertensão Arterial Crônica • Esclerose Múltipla • Distúrbios do Ape-

tite • Incapacidade Física • Epilepsia • Fenilcetonúria • Doença das Coronárias (Coronariopatia) • Anemia Falciforme • Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES)

O QUE É IMPORTANTE SABER: CONVIVENDO COM A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO 384

Grupos de Mútua Ajuda para Gestantes

Capítulo 17: As Complicações da Gravidez 387

CONDIÇÕES QUE PODEM CAUSAR PREOCUPAÇÃO DURANTE A GESTAÇÃO 388

Hiperêmese Gravídica • Gravidez Ectópica • Aborto Espontâneo ou Precoce • *Sangramento no Primeiro Trimestre* • *Sangramento no Segundo e no Terceiro Trimestres* • *Em Caso de Aborto Espontâneo* • Aborto Tardio • Doença Trofoblástica (Mola Hidatiforme) • Mola Hidatiforme Parcial • Coriocarcinoma • *Quando se Descobre Alguma Anomalia Congênita* • *Diabetes Gestacional* • *Infecção Amniótica (Corioamnionite)* • *Toxemia Gravídica (Pré-eclâmpsia)* • *Eclâmpsia* • *Retardo do Crescimento Intra-uterino* • *Para Reduzir os Riscos do Bebê que Está em Risco* • *O Baixo Peso em Gestações Sucessivas* • Placenta Prévia • Placenta Acreta • Descolamento Prematuro da Placenta • Rompimento Prematuro das Membranas (Amniorrexe Prematura) • Prolapso de Cordão • Trombose Venosa • Trabalho de Parto Prematuro

CONDIÇÕES QUE PODEM CAUSAR PREOCUPAÇÃO DURANTE O PARTO 407

Inversão Uterina • Ruptura Uterina • Distócia de Ombro • Sofrimento Fetal • *Primeiros Socorros para o Feto* • Sofrimento Fetal • Lacerações Vaginais e Cervicais • Hemorragia Pós-parto • Infecção Puerperal

PARA ENFRENTAR A PERDA DA GRAVIDEZ 411

Retardo do Crescimento Fetal na Gravidez Gemelar • *Perda de um Gêmeo* • *Por quê?*

Parte 4

ENFIM O PUERPÉRIO:
O Pai e o Próximo Bebê

Capítulo 18: O Puerpério: A Primeira Semana .. 421

OS SINTOMAS 421

AS PREOCUPAÇÕES COMUNS 422

Sangramento • Sua Condição no Puerpério • As Dores do Puerpério • Dor na Região Perineal • Dificuldade em Urinar • Evacuação • Transpiração Excessiva • Leite em Quantidade Suficiente • Ingurgitamento Mamário • Ingurgitamento em Quem Não Está Amamentando • Vínculo Materno • *Quando Chamar o Médico* • Alojamento Conjunto • Já em Casa • A Recuperação Depois da Cesariana

O QUE É IMPORTANTE SABER: INICIAÇÃO AO ALEITAMENTO 436

Fundamentos da Amamentação ao Seio • *O Bebê e o Seio — Uma União Perfeita* • Quando Vem o Leite • Feridas Mamilares (Rachaduras e Fissuras) • *A Dieta Ideal no Aleitamento* • Complicações Ocasionais • Amamentação Depois de uma Cesariana • *O Uso de Medicamentos e a Amamentação* • Aleitamento de Gêmeos

Capítulo 19: O Puerpério: As Primeiras Seis Semanas .....

OS SINTOMAS 444

A CONSULTA NESTE PERÍODO 444

AS PREOCUPAÇÕES COMUNS 445

Febre • Depressão • Retorno ao Peso e à Forma Anteriores à Gravidez • Leite Materno • Convalescença da Cesariana • Retorno à Atividade Sexual • Falta de Interesse em Sexo • *Facilitando a Volta à Atividade Sexual* • Engravidar Novamente • Queda de Cabelos • Banhos de Banheira • Exaustão

O QUE É IMPORTANTE SABER: READQUIRINDO A FORMA ... 456

Regras Elementares • Primeira Fase: 24 Horas Depois do Parto •

Segunda Fase: Três Dias Após o Parto • Terceira Fase: Depois do *Checkup* Puerperal

Capítulo 20: O Pai Também Engravida 460

AS PREOCUPAÇÕES COMUNS 460

Sentimento de Abandono • Receio do Sexo • Mau Humor • Impaciência com as Oscilações de Humor de Sua Mulher • Sintomas por Afinidade • Ansiedade a Respeito da Saúde de Sua Mulher • Ansiedade a Respeito da Saúde do Bebê • Ansiedade Perante as Mudanças da Vida • A Aparência de Sua Mulher • O Marido Prostrado Durante o Trabalho de Parto • Vínculo Pai/Filho • Exclusão Durante o Aleitamento • Perda do Apetite Sexual Depois do Parto

Capítulo 21: Preparando-se para os Próximos Filhos 472

Apêndice

Os Exames Comuns Feitos Durante a Gestação • Tratamentos Não-medicamentosos Durante a Gravidez • *Para Manter a Umidade* • O Aporte Ideal de Calorias e Gorduras

Índice 485

Posfácio 503

Uma Segunda Palavra do Médico

Muitas pessoas que vêem meu nome na capa deste livro me telefonam e me agradecem por tê-lo escrito. Eu lhes agradeço pelo telefonema e pelo cumprimento, mas explico: Não fui eu que o escrevi. O meu papel, digo-lhes, não foi o de autor, mas de conselheiro médico, o responsável por colocar todos os pingos nos "is" de natureza obstétrica, anatômica e biológica.

E como elas me regozijo com esta criação das autoras. Tudo o que escrevi no prefácio da primeira edição norte-americana de 1985 continua valendo até hoje. Mas com esta segunda edição revista e ampliada, que endosso completamente, vejo que as autoras conseguiram melhorá-lo ainda mais.

O livro está bem mais atualizado e é muito mais abrangente. Trata com grandes pormenores das gestações de alto risco, das segundas gestações, e da perda da gravidez. Os temas continuam a ser tratados com sensibilidade, clareza e acuidade. As autoras partem de um singelo ponto de vista: há coisas com que toda a gestante responsável deveria se preocupar. Mas em seguida acrescentam o que habitualmente se omite: "Vão aqui alguns conselhos, baseados no bom senso, que você pode seguir para evitar tais complicações."

Esse enfoque construtivo, estou certo, é o que ajudou este livro, redigido por leigas em medicina, a adquirir tanta aceitação entre os médicos e muitos outros profissionais de saúde. Não só é recomendado (ou dado) a novas pacientes por muitos ginecologistas e obstetras, como também passou a ser empregado por esses médicos e as respectivas esposas. Os meus residentes lêem-no para aprender a melhor discernir as preocupações e indagações das gestantes, o que lhes ajuda a prestar um atendimento melhor, mais empático.

Sem dúvida, o casal que espera um filho adora o livro. Os médicos o respeitam. Eis aí duas boas razões para o estrondoso sucesso de *O que Esperar Quando Você Está Esperando*. E não hesito em aventar uma terceira hipótese para explicar tanto êxito: os bebês o apreciam também.

Dr. Richard Aubry

Uma Palavra do Médico

Vivemos a melhor época para se ter um filho. Nas décadas mais recentes, verificou-se uma melhora extraordinária no desfecho das gestações humanas — para as gestantes e para os bebês. As mulheres entram na gravidez mais sadias; o atendimento pré-natal é melhor e mais completo; e as maternidades substituíram as mesas de cozinha e as camas de quatro colunas como o lugar ideal para se dar à luz.

No entanto, ainda há muito por fazer. Para nós, da medicina acadêmica, fica cada vez mais evidente que não bastam médicos com boa formação e equipamentos sofisticados. Para reduzir ainda mais os riscos da gestação e do parto é preciso casais grávidos mais participativos. E para participar mais, os casais precisarão de informações mais completas e exatas, não apenas sobre o parto, mas sobre os importantíssimos nove meses que o precedem; não apenas sobre os riscos que a gestação apresenta, mas sobre as medidas, quer para minimizá-los, quer para eliminá-los; e não apenas sobre os aspectos médicos da gravidez, mas também sobre os aspectos psicológicos e de estilo de vida.

De que modo podem os pais obter esse tipo de informação? As escolas secundárias e superiores decerto não admitem o acréscimo de mais uma disciplina nos currículos: Curso Básico de Como Fazer Bebês. Os profissionais responsáveis pelo atendimento obstétrico têm também o problema do tempo. Não raro se excedem em explicações demasiado científicas e se mostram extremamente reticentes nas questões psicológicas e emocionais que afligem os casais.

Muitos são os que tentam preencher a lacuna com livros, com artigos de revistas e com instrução em salas de aula. Esses, embora muitas vezes tenham grande utilidade, com freqüência também contêm uma série de inexatidões do ponto de vista médico, além de alardear informações alarmantes e desnecessárias, ou de insistir desproporcionalmente nas falhas do atendimento obstétrico, levantando suspeitas e dúvidas que prejudicam a relação entre os pais e os obstetras.

A necessidade de um livro que proporcione aos leitores informações precisas, atualizadas e corretas do prisma médico, com a devida ênfase nos aspectos nutricional, pessoal e emocional da gestação, há muito se fazia sentir. E é com satisfação que a vemos ser atendida por um livrinho de fácil leitura, eminentemente prático.

As três autoras — todas com longa vivência nos problemas da gestação — nos presenteiam com essa nova perspectiva: a de informações corretas que permitam aos casais desempenhar o seu papel central em todo o processo gestatório, sem ameaçar os obstetras e as parteiras com quem terão de trabalhar em íntima e produtiva harmonia.

O livro é de estilo vivo, atual, de gran-

de acuidade e equilíbrio. No entanto, quatro aspectos de sua estrutura e de seu conteúdo merecem comentário especial:

- O enfoque adotado, da gestação centrada na família — com o envolvimento do marido em todo o processo gestatório e com um capítulo a ele dedicado — é excelente e muito importante.

- A organização cronológica, fundamentalmente prática — a responder com sensibilidade todas as preocupações maiores e menores que porventura surjam mês a mês —, torna-o de fácil consulta e permite que os pais se tranqüilizem no momento oportuno.

- A ênfase dada à gestação, à nutrição e ao estilo de vida, além dos enfoques bastante sensatos quanto à lactação e à dimensão psicológica da maternidade, torna o livro muito valioso e único nesse particular.

- Os pormenores médicos corretos e atualizados — cabendo ressaltar a clareza ao serem abordados a genética, a teratologia, o trabalho de parto prétermo, o parto, a cesariana e, uma vez mais, a lactação — são extraordinários.

Em tudo e por tudo, creio ser este livro de *leitura obrigatória* não só pelos futuros papais mas também por obstetras e enfermeiras e, enfim, por todos os envolvidos no atendimento de gestantes. A princípio, sei perfeitamente, parece ser uma rota meio afastada da que um cauteloso professor de medicina deveria seguir. Mas estou convicto: só com pessoas bem-informadas e responsáveis e com profissionais também bem-informados e responsáveis a trabalharem em mútuo entendimento, em mútua cooperação é que chegaremos perto de nossa meta comum — a de bebês, mamães e famílias sadias. E, enfim, de uma sociedade não menos sadia.

Dr. Richard Aubry

Por que Este Livro Renasceu

Faz oito anos, quando eu estava para dar à luz minha filha Emma, que eu e minhas co-autoras concebemos a idéia de escrever este livro. Tínhamos um só objetivo: tranqüilizar o casal que espera um filho.

Oito anos depois, esse mesmo objetivo não se modificou. Mas para alcançá-lo tivemos que modificar bastante nosso livro.

Desde o lançamento da primeira edição nos Estados Unidos fomos coletando muitas outras informações, a tal ponto que acabamos conseguindo convencer os editores da necessidade de uma ampla revisão.

Essa revisão em grande medida diz respeito a questões obstétricas. Mas diz respeito também a questões que interessam sobretudo ao casal grávido. Os leitores da primeira edição responderam a nosso pedido: escreveram-nos falando de suas preocupações e de suas vivências durante a gestação e o puerpério. Embora tivéssemos conseguido responder as dúvidas de muitos com nosso pequeno livro, as de muitos outros não chegamos a esclarecer.

Muitas dessas questões são esclarecidas nesta segunda edição. Chegamos a acrescentar um capítulo sobre as Complicações da Gravidez. Mas, por favor: para poupar os casais de preocupações desnecessárias recomendo que não o leiam, a menos que *ocorra* uma dessas complicações.

O mais importante porém é que não o modificamos naquilo que os leitores mais gostaram: os conselhos e as recomendações práticas, apresentados passo a passo. O enfoque empático. As explicações simples de complexos assuntos médicos. E, naturalmente, o discurso tranqüilizador.

Não há livro sobre a gestação que possa cobrir e antecipar todas as dúvidas e

Planejando com Antecedência

Se você ainda não está grávida, mas está planejando um bebê, leia primeiro o último capítulo deste livro. Aí você encontrará todas as informações necessárias para uma gravidez bem-sucedida e um bebê mudável.

questões que surgem durante ela: teria esse livro de ocupar bem mais do que uma prateleira na estante. Afinal, cada gestação tem as suas peculiaridades e só nos Estados Unidos ocorrem mais de 3 milhões e meio de gestações por ano. Esperamos, porém, esta nova edição de *O que Esperar Quando Você Está Esperando* chegue perto desse "livro ideal".

Obrigada, queridos leitores, por todo o apoio e por todas as sugestões que nos deram. Continuem nos escrevendo. Faremos o que estiver em nosso alcance para continuar lhes respondendo.

Heidi E. Murkoff
Nova York

Como Nasceu Este Livro

Eu estava grávida: e se num dia era a mulher mais feliz do mundo, nos dois seguintes era a mais preocupada.

Preocupada com o vinho que tinha bebido à noite no jantar, e com o gim-tônica que tinha bebido várias vezes antes do jantar nas minhas primeiras seis semanas de gestação — depois de dois ginecologistas e de um exame de sangue me terem convencido de que eu não estava grávida.

Preocupada com as sete doses de Provera que um dos médicos me prescreveu para fazer vir a menstruação que decerto só estava atrasada, mas que duas semanas mais tarde viemos a saber que era uma gestação já lá pelo segundo mês.

Preocupada com o café que tinha bebido e com o leite que não tinha; e com o açúcar que havia comido e com as proteínas que não havia.

Preocupada com as cólicas no meu terceiro mês e com os quatro dias no quinto em que não senti o menor movimento fetal.

Preocupada com o desmaio que tive ao perambular pelo hospital onde seria feito o parto (nunca cheguei a ver o berçário), com o tombo de barriga que levei no oitavo mês no meio da rua e com a secreção vaginal sanguinolenta que tive no nono.

Preocupada, até mesmo, em estar me sentindo *bem* ("ora, não estou com prisão de ventre... Não sinto náuseas... Não urino com mais freqüência... — tem de haver alguma coisa errada!").

Preocupada em achar que não seria capaz de suportar as dores durante o trabalho de parto ou de ver sangue durante o parto. E preocupada em não poder amamentar, já que todos os livros diziam que no nono mês meus seios deveriam estar cheios de colostro.

Onde encontrar uma palavra que me tranqüilizasse dizendo que tudo estava indo bem? Não nos livros sobre gestação que se empilhavam na minha mesinha-de-cabeceira. Não encontrei uma única referência sobre a inatividade fetal durante alguns dias no quinto mês como fenômeno comum e normal. Nem uma referência às quedas acidentais da gestante — que quase sempre são inócuas para o bebê.

Ao discutir os meus sintomas, os meus problemas ou os receios, era em geral de forma tão alarmante que a discussão acabava por aumentar minha preocupação. "*Nunca* tome Provera, a não ser que sua *única intenção seja abortar*",

advertia um livro — sem acrescentar que a mulher que o tomou cria um risco tão pequeno de anomalias congênitas para o bebê que o aborto indesejado nunca deve ser considerado. "Há evidências de que um único 'porre' durante a gestação pode afetar alguns bebês, dependendo do estágio de desenvolvimento já por ele atingido" — sem levar em conta que alguns abusos no início da gestação, tão comuns em mulheres que ainda não sabem que estão grávidas, parecem não ter qualquer efeito sobre o embrião em desenvolvimento.

Decerto também não encontrei alívio para as minhas preocupações ao abrir o jornal, ouvir rádio ou ver televisão. A mídia em tudo e por tudo só faz apavorar a gestante, vendo perigos por todos os cantos: no ar que respiramos, nos alimentos que comemos, na água que bebemos, no dentista, na farmácia, e até mesmo em casa.

A minha obstetra me consolou um pouco, naturalmente, mas só quando eu reunia forças e tomava coragem para lhe telefonar. (Receava que minhas preocupações parecessem tolas e o que pudesse ouvir em resposta. Ademais, como eu poderia ficar incomodando-a quase todos os dias?)

Estaria eu (e o meu marido Erik — que se preocupava com tudo o que eu me preocupava e mais alguma coisa) sozinha nas minhas preocupações? Longe disso. Preocupação, segundo determinada pesquisa, é uma das queixas mais comuns durante a gestação: atinge maior número de gestantes que a náusea e os desejos alimentares juntos. Noventa e quatro em cada cem mulheres se preocupam com a normalidade do bebê, e 93% se preocupam com a própria segurança e a do bebê durante o parto. É maior o número de mulheres (91%) que se preocupa com o seu aspecto físico do que com a própria saúde (81%) durante a gestação. E a grande maioria se preocupa simplesmente por estar muito preocupada.

Mas embora um pouco de preocupação seja normal para o casal esperando bebê, o excesso de preocupação representa o desperdício — inútil — de um tempo que poderia ser de bem maior felicidade. Apesar de tudo o que ouvimos, lemos, e de tudo com que nos preocupamos, nunca antes na história da reprodução humana foi tão seguro ter um filho — conforme Erik e eu descobrimos depois de ficarmos preocupados durante sete meses e meio, quando dei à luz uma garotinha mais sadia e mais bonita do que eu seria capaz de sonhar.

Assim, foi de nossas preocupações que nasceu este livro. Ele é dedicado aos casais de todas as partes (mas sobretudo à minha co-autora e irmã, Sandee, e a seu marido, Tim, cujo primeiro filho está em disputa cerrada para ver se vem ao mundo antes do que este livro), e foi escrito na esperança de que ajude os futuros papais e as futuras mamães a se preocuparem menos e a desfrutarem mais da gestação.

Heidi E. Murkoff

Parte 1

NO PRINCÍPIO

1

Você Está Grávida?

"Será que estou mesmo grávida?" Eis a primeira dúvida da futura mamãe que se manifesta ao despontarem os sinais mais precoces da gravidez incipiente. Felizmente, pode ser dirimida de imediato graças aos testes de gravidez existentes e ao exame médico.

As Preocupações Comuns

SINAIS DE GRAVIDEZ

"Só apresento alguns dos sinais... Será que mesmo assim estou grávida?"

Você pode apresentar todos os sinais e sintomas de uma gestação incipiente e não estar grávida. Ou, pelo contrário, pode exibir apenas alguns desses sinais e, no entanto, estar grávida de fato. Os sinais precoces de gravidez são meros indícios da existência do ciclo gestacional: cumpre dar-lhes atenção, todavia, não se deve atribuir a eles um valor absoluto cômo indicadores definitivos desse estado.

Enquanto alguns sinais apontam tão-somente para a *possibilidade* de uma gestação — sinais de presunção —, outros já denunciam com maior *probabilidade a sua existência. Mas, desses sinais precoces, nenhum* confirma de fato a gravidez.

De fato, o primeiro sinal clínico de certeza da gravidez é o batimento cardíaco do bebê. Captado por volta de 10 semanas (ou, via de regra, por volta de 12 semanas) através de um sensível instrumento de exame, o sonar Doppler, ou então por volta de 18 a 20 semanas, através do estetoscópio comum,[1] ajuda a confirmar com exatidão o diagnóstico — ao lado de um dos testes hormonais e do exame médico.

TESTES DE GRAVIDEZ

"O médico disse que pelo exame e pelo teste de gravidez eu não estou grávida, mas com certeza sinto que estou."

Apesar do extraordinário progresso da moderna ciência médica, o seu papel no diagnóstico da gravidez fica,

[1] O diagnóstico de gravidez pode ser feito ainda antes através da ultra-sonografia ou de um teste em amostra de sangue, embora não sejam procedimentos de rotina.

por vezes, em posição secundária. A acuidade dos diversos testes é bastante variável e, em certas ocasiões, nenhum deles se equipara à intuição de certas mulheres quando começam a "sentir" que estão grávidas — às vezes alguns dias

GRAVIDEZ: SINAIS DE PRESUNÇÃO

SINAL	QUANDO SURGE	OUTRAS CAUSAS POSSÍVEIS
Amenorréia (falta de menstruação)	Em geral, do início ao fim da gravidez	Viagem, fadiga, estresse, medo de estar grávida, problemas ou afecções hormonais, obesidade ou emagrecimento extremos, suspensão do uso da pílula, aleitamento
Náuseas (não só matinais, mas a qualquer hora do dia)	2-8 semanas após a concepção	Intoxicação alimentar, tensão, infecção e muitas outras doenças
Micção freqüente	Em geral, 6-8 semanas após a concepção	Infecção urinária, uso de diuréticos, tensão, diabetes
Seios congestionados e doloridos	Já alguns dias após a concepção	Uso de anticoncepcionais, menstruação iminente
Mudança de pigmentação dos tecidos vaginal e cervical*	Primeiro trimestre	Menstruação iminente
Maior pigmentação da aréola mamária (área ao redor do mamilo); elevação das minúsculas glândulas perimamilares	Primeiro trimestre	Desequilíbrio hormonal ou efeito de gravidez anterior
Estrias gravídicas (a princípio vermelhas) sob a pele dos seios e, depois, do abdome	Primeiro trimestre	Desequilíbrio hormonal ou efeito de gravidez anterior
Desejos por certos alimentos	Primeiro trimestre	Dieta insuficiente, tensão, imaginação ou menstruação iminente
Escurecimento da linha que vai do umbigo ao púbis	Quarto ou quinto mês	Desequilíbrio hormonal ou efeito de gravidez anterior

*Sinais de gravidez verificados no exame médico.

após a concepção. Os testes ora existentes são, basicamente, de três tipos — e, vale destacar, nenhum deles exige para a sua conclusão o sacrifício de coelhos ou de outros animaizinhos.

Testes de gravidez feitos em casa. São hoje muito mais precisos do que no passado e de execução muito mais simples. Como o teste de urina feito no laboratório, o diagnóstico é feito pela identificação da gonadotrofina coriônica (o hormônio gravídico conhecido pela sigla hCG) em amostra urinária. Nos EUA alguns já chegam a indicar a presença do hormônio 14 dias após a concepção (ou seja, no primeiro dia da falha menstrual) e permitem a leitura em 5 minutos, em amostra urinária de qualquer hora do dia.*

Quando feito corretamente — o que vem se tornando possível graças à facilidade de execução e de leitura — o teste feito em casa, ao menos nos EUA, atinge a confiabilidade dos feitos em laboratório (sendo que alguns fabricantes acusam precisão diagnóstica de quase 100%). Isso quer dizer que o resultado positivo correto é mais provável do que o negativo. Qual a vantagem? A privacidade e o imediatismo dos resultados. Além disso, em virtude da acuidade diagnóstica que já se vem alcançando na gravidez ainda incipiente — ou seja, antes da mulher considerar a possibilidade de consultar o médico — o teste cria a oportunidade de um correto atendimento pré-natal já nos primeiros dias da concepção. Mais precisamente, por ocasião do implante embrionário no útero. Entretanto, alguns são bastante dispendiosos. Mais ainda: como não se vai confiar inteiramente nos resultados, convirá repeti-lo, o que só faz aumentar o custo. (Há testes nos EUA que já vêm com dois *kits* na embalagem.) Convém portanto que

*No Brasil, encontram-se à venda vários desses testes, todos baseados no mesmo princípio. (*N. do T.*)

GRAVIDEZ: SINAIS DE PROBABILIDADE

SINAL	QUANDO SURGE	OUTRAS CAUSAS POSSÍVEIS
Amolecimento do útero e do colo uterino*	2-8 semanas após a concepção	Retardo menstrual
Aumento do volume uterino* e do abdome	8-12 semanas	Tumor, fibromas
Contrações indolores intermitentes	Na gravidez incipiente, crescendo em freqüência com o avanço da gravidez	Contrações intestinais
Movimentos fetais	Percebidos pela primeira vez por volta de 16-22 semanas de gestação	Gases, contrações intestinais

*Sinais de gravidez verificados no exame médico.

A DATA PROVÁVEL DO PARTO

"Estou tentando planejar minha licença da gravidez. Como vou saber a data certa do parto?"

A vida seria bem mais simples se pudéssemos ter certeza de que a data provável do parto é de fato o dia em que este ocorrerá. Não é esse o caso, porém, na maioria das vezes. Segundo determinadas pesquisas, de cada cem mulheres, apenas quatro darão à luz exatamente no dia previsto. Para as demais, como a gravidez a termo normal pode perdurar por 38 a 42 semanas, o parto ocorrerá no intervalo de duas semanas antes ou duas semanas depois dessa data.

É por isso que se fala em data *provável* do parto (DPP). Trata-se apenas de uma estimativa estatística. Costuma ser calculada da seguinte maneira: anote o primeiro dia do início do último período menstrual (UPM), acrescente mais sete dias. Subtraia três meses e você tem a data provável — um ano depois, naturalmente. Por exemplo, digamos que o seu último período menstrual tenha começado a 11 de abril. Somando sete dias temos o dia 18 de abril. Diminuindo três meses vemos que a data provável do parto será a 18 de janeiro do ano seguinte.

Se a sua menstruação vem a intervalos de 28 dias, é maior a probabilidade de parto próximo da data prevista. Quando os ciclos se dão a intervalos maiores, porém, é provável que o parto seja depois da data estimada; quando a intervalos menores, é provável que seja antes.

No entanto, se os seus ciclos são irregulares, é possível que esse cálculo não funcione. Suponhamos que você não tenha ficado menstruada nos últimos três meses e que repentinamente se descubra grávida. Quando se deu a concepção? Como a data provável do parto tem a sua importância, é preciso que você e o médico a calculem com a maior exatidão possível. Há elementos que podem ajudar nesse particular, mesmo quando a mulher não sabe quando se deu a concepção e tampouco quando se deu a ovulação mais recente (algumas mulheres sabem quando estão ovulando em virtude de dores no flanco e de cólicas que duram por algumas horas, além da eliminação vaginal de mucosidades filamentosas, claras. Se estiverem acompanhando o ciclo, podem perceber o declínio da temperatura um pouco antes da ovulação seguido de uma elevação).

Dentre os elementos que ajudam nesse sentido, o primeiro é o tamanho do útero, cujo aumento é percebido por ocasião do primeiro exame interno. Esse aumento do tamanho corresponde ao estágio de gravidez suspeitado. Depois surgirão outros indícios importantes, que em conjunto permitem melhor aferir a duração da gestação: o surgimento do batimento cardíaco fetal (identificado por volta de 10-12 semanas com o sonar Doppler ou ao redor de 18 a 22 semanas com o estetoscópio comum); e a posição do fundo-de-útero (altura do útero) a cada consulta (ao redor da vigésima semana atinge a altura do umbigo). Se todas essas indicações parecerem corresponder à data calculada pelo médico, você poderá ter quase certeza de sua correção — ou seja, é bem provável que o bebê nasça duas semanas antes ou depois dela. Contudo, se não corresponderem, é possível que o médico resolva fazer uma sonografia entre a 12ª e a 20ª semana (o melhor, segundo alguns, é fazer o exame entre a 16ª e a 20ª semanas), que apontará com mais exatidão para a idade gestacional do feto. Já outros médicos fazem rotineiramente a sonografia, para calcular com maior exatidão a data provável.

Ao aproximar-se o parto, advirão ainda outros indícios a apontarem para a data do grande evento: as contrações uterinas — indolores — podem se tornar

mais freqüentes (causando possivelmente menos desconforto), o feto se move em direção à pelve (insinuação), o colo uterino se adelgaça e reduz (apagamento) e, por fim, se dilata. São indícios de grande utilidade, mas não definitivos — só o bebê sabe ao certo quando se dará o seu nascimento. (Para maiores detalhes, ver Menor Distensão Abdominal e Insinuação p. 300; e A Hora do Parto, p. 301.)

O Que É Importante Saber: QUEM A ASSISTIRÁ DURANTE O PARTO?

Embora bastem duas pessoas para a concepção de um bebê, são necessárias ao menos três — a mãe, o pai e um profissional da área de saúde — para que a transição do ovo fertilizado ao nascimento do bebê transcorra com segurança e tenha pleno êxito. Supondo que você e o seu companheiro já se tenham encarregado da concepção, o desafio seguinte está em escolher o terceiro membro dessa equipe. E tendo certeza de que você será capaz de conviver e de trabalhar com a pessoa escolhida — sobretudo na hora do parto.[2]

UMA RETROSPECTIVA

Para as futuras mamães de trinta anos atrás, essa escolha não recebia a devida consideração. Naqueles dias, o atendimento obstétrico não admitia indagações ou maiores questionamentos: as poucas opções referentes ao parto ficavam a cargo do médico. Até a escolha do obstetra não fazia grande diferença: todos se pareciam muitíssimo. Mais ainda: como a parturiente costumava estar inconsciente durante o parto, acabava não tendo muita importância o seu relacionamento com o parteiro. Em vez de ser um membro participante da equipe, a futura mamãe era confinada, mais ou menos, ao papel de espectadora, obedientemente sentada no banco de reserva enquanto o capitão obstétrico entrava em ação.

Hoje, o atendimento obstétrico admite tantas opções quanto existem médicos nas Páginas Amarelas. Como cabe a você fazer a escolha, eis o segredo para o bom desfecho: harmonizar o profissional correto com a pessoa que você é.

QUE ESPÉCIE DE PACIENTE É VOCÊ?

Para encontrar o tipo de profissional mais conveniente ao seu caso, cumpre ponderar, em primeiro lugar, a espécie de paciente que você é.

Será você, leitora, do tipo que acredita que "os médicos sabem mais" porque, afinal, são todos formados? Dará preferência ao médico que toma todas as decisões sem a consultar, sentindo-se mais segura quando todos os últimos recursos tecnológicos são empregados no seu atendimento? Será que, nas suas fantasias médicas, aquele homem circunspecto

[2] É claro que você pode e deve, teoricamente, fazer essa opção mesmo antes da concepção.

GRAVIDEZ: SINAIS DE CERTEZA

SINAL	QUANDO SURGE	OUTRAS CAUSAS POSSÍVEIS
Visualização do embrião ou do saco amniótico através da ultra-sonografia*	4-6 semanas após a concepção	Nenhuma
Batimento cardíaco fetal*	10-20 semanas**	Nenhuma
Movimentos fetais sentidos através do abdome*	Depois de 16 semanas	Nenhuma

*Sinais de gravidez verificados ao exame médico.
**Dependendo do aparelho utilizado.

o médico saiba qual a marca e o tipo de teste utilizado para decidir se há necessidade ou não de novo exame de urina. Isso, evidentemente, nos EUA.

A principal falha desses testes se dá quando o resultado é *falso-negativo*: o exame dá negativo e a mulher está grávida. Conseqüência: a gestante adia a primeira consulta ao médico e deixa de se cuidar. Por outro lado, com o resultado positivo, talvez a mulher não veja motivo para procurar o médico, já que a primeira razão seria exatamente essa, a do diagnóstico da gravidez. Portanto, aquela que fizer uso desse tipo de teste deve saber que ele não substitui a consulta e o exame pelo médico. O acompanhamento clínico depois do teste é essencial. Se o resultado for positivo, será preciso o exame físico para confirmá-lo e depois um completo *checkup* pré-natal. Se for negativo e a regra ainda não tiver vindo, a paciente e o médico terão de descobrir por quê.

Teste de gravidez feito em laboratório. Como o anterior, é capaz de identificar a hCG na urina com uma exatidão de quase 100% — e já no 7º ou 10º dia após a concepção. Diversamente daquele, porém, é executado por profissionais, que têm mais chance, pelo menos em teoria, de conduzi-lo corretamente. Se for esta a sua opção, telefone para o consultório do seu médico ou o laboratório um dia antes e peça as instruções para a coleta da urina. Embora seja este o teste de mais baixo custo, não fornece tantas informações quanto o de sangue, como veremos a seguir.

Teste de gravidez feito em amostra de sangue. Essa prova, mais elaborada, feita no sangue, exibe uma precisão de praticamente 100% já uma semana após a concepção (salvo os erros de laboratório). Ajuda também a prever a data possível do parto através da mensuração exata de hCG no sangue, já que o teor sérico desse hormônio se modifica no decorrer da gravidez. Às vezes o médico pede o exame de urina e o de sangue para se certificar duplamente do diagnóstico.

Independentemente do teste escolhido, a probabilidade do diagnóstico correto de gravidez aumenta quando o teste é acompanhado pelo exame médico. Os si-

Como Fazer o Teste de Gravidez

Para melhorar as chances de que o teste feito em casa seja mais exato, certifique-se de:

- Ler as instruções da "bula" antes de usá-lo. Não se afobe, por mais ansiosa que esteja pelos resultados. Se for necessária a urina da primeira micção matinal, espere até a manhã seguinte para fazê-lo.
- Cronometre-o com exatidão: use relógio com ponteiro de segundos.
- Não contamine o material antes de iniciar o teste. Use-o só uma vez.
- Se houver período de espera, não exponha ao calor a amostra urinária.
- Só torne a fazer novo teste depois de alguns dias.

nais físicos de gravidez — o crescimento e o amolecimento do útero, ao lado da alteração da textura da cérvice (ou colo uterino) — podem ser confirmados pelo médico já por volta de seis semanas de gestação. Como ocorre com os testes, entretanto, o diagnóstico de "grávida" feito pelo médico tem precisão maior do que o de "não-grávida" — apesar desses resultados falso-negativos serem bastante incomuns. Tais resultados são mais freqüentes no início da gravidez, quando o corpo da mulher ainda não produz hCG em quantidade suficiente para que os resultados dos testes sejam positivos.

Quando a mulher apresenta os sintomas da gravidez incipiente (as regras que não vieram — uma ou duas —, a sensação de inchação dos seios e a dor ao tocá-los, a náusea matinal, a micção freqüente, a fadiga) e percebe que está grávida — com ou sem teste, com ou sem exame — convém agir como se estivesse, adotando todas as precauções necessárias, até que prove o contrário, ou seja, que não esteja grávida. Nem os exames e nem os médicos são infalíveis. É preciso conhecer o próprio corpo — pelo menos externamente — mais do que o médico. Solicite um segundo teste (de preferência no sangue) e outro exame depois de mais ou menos uma semana. Talvez seja cedo demais para o diagnóstico exato. Há casos em que o bebê chega sete meses e meio ou oito meses depois do médico ou/e do teste de gravidez terem concluído que a mulher não está grávida.

Se o teste continuar dando resultado negativo e a mulher ainda não tiver menstruado, é preciso certificar-se (com o médico, evidentemente) de que não seja caso de gravidez ectópica — a gravidez que ocorre fora do útero. (Ver p. 142 para os sinais indicativos desse tipo de gravidez.)

É possível, naturalmente, experimentar todos os sinais e sintomas da gravidez incipiente sem se estar grávida. Nenhuma dessas manifestações, isoladas ou em conjunto, é prova indiscutível de gravidez. Depois de um segundo teste de gravidez e de um segundo exame físico que confirmem que a mulher não está grávida, é preciso considerar a "gravidez" de origem psicológica — ou porque você a deseja muito, ou porque não a quer de forma alguma. Mesmo assim, os sintomas podem ter ainda uma outra causa que deve ser investigada pelo médico.

de avental branco, a tomar-lhe o pulso, se enquadra na descrição do Dr. Kildare? Se for esse o seu caso, convém recorrer a um obstetra tradicional, com aquela aura de semideus e com aquela dedicação inabalável à sua própria doutrina de atendimento.

Contudo, talvez a leitora creia que o seu corpo e a sua saúde sejam assuntos apenas da sua própria conta e de mais ninguém. Talvez tenha idéias definidas sobre a gestação e o parto, e gostaria de prosseguir por todo o processo gestatório com a menor interferência possível do profissional de saúde. Nesse caso, convém não recorrer a uma assistência mais tradicional e procurar um médico ou uma parteira habilitada, que ceda a você o papel principal, mas que também a oriente na produção do seu bebê. Alguém que permita que você tome as decisões sobre o seu parto na medida do clinicamente aceitável; alguém que se mostre dogmático apenas em lhe outorgar o poder decisório. Só não vá presumir que um obstetra dessa nova linha doutrinária venha a se revelar menos dogmático nas suas crenças e opiniões que um obstetra tradicional.

Pode ser ainda que você tenha uma postura intermediária entre as duas apontadas. Talvez prefira um médico que lhe permita uma maior participação, um que tome as decisões baseado na própria experiência e no próprio conhecimento, mas que sempre a inclua nesse processo. Nesse caso, o médico deverá ter uma postura situada entre dois extremos: nem será a estrela, nem será mero orientador ou consultor; que nem se mostre escravo da doutrina obstétrica, nem escravo de suas vontades e desejos. Que dê preferência ao parto natural mas que não venha a hesitar se houver necessidade de parto por cesariana para garantir a segurança do bebê (ou a sua própria); que não se mostre dogmático quanto ao emprego ou não de medicamentos; que não veja incongruência em usar um monitor fetal e uma sala de parto ao mesmo tempo; e que esteja mais interessado na saúde da mãe e do bebê do que nas próprias preferências pessoais. Esse profissional deverá ver a relação médico-paciente como aquela em que cada um contribua com o melhor de si.

No entanto, independentemente do tipo de paciente que você é, se na sua opinião o futuro papai deve ter igual participação no processo da gestação e do parto, é preciso ter certeza de que o escolhido ou a escolhida concordam com isso. A atitude do obstetra em geral já se revela na primeira consulta, por vezes até mesmo ao marcá-la. O pai foi convidado a participar do exame médico e da consulta? As perguntas feitas por ele receberam a devida consideração? A discussão foi voltada para o casal ou só para a mãe? Ficou claro que o pai poderá participar do trabalho de parto e também do parto?

OBSTETRA? CLÍNICO GERAL (MÉDICO DE FAMÍLIA)? PARTEIRA HABILITADA?

Ao limitar a formação daquele que lhe prestará o atendimento obstétrico em três categorias gerais — que sem dúvida lhe configurarão a personalidade —, estará a leitora facilitando a tarefa de encontrá-lo, mas a conduta e a doutrina do profissional, mesmo sendo fatores importantes, não são tudo. Cumpre dar a devida atenção à formação médica dessa pessoa, que melhor venha atender às suas necessidades.

O obstetra. Se a sua gravidez for de alto risco,[3] talvez convenha recorrer a um especialista capaz de enfrentar qualquer complicação possível da gestação, do trabalho de parto e do parto: um obstetra. É possível até achar um subespecialista dentro da própria especialidade obstétrica: alguém especializado em gestações de alto risco ou mesmo um subespecialista em medicina materno-infantil.

Se a sua gestação for normal do ponto de vista obstétrico, você pode ainda optar pelo obstetra (como fazem oito em cada dez mulheres), por um médico especializado em medicina de família, com experiência em obstetrícia (antigo clínico geral) (como procedem cerca de 10% a 12% das mulheres) ou mesmo por uma parteira habilitada especializada (a escolhida em 1% a 2% dos casos).

O médico de família. A medicina familiar é especialidade relativamente recente, que representa na realidade um retorno à antiga clínica geral — à qual recorriam todos os membros de uma mesma família. A principal diferença entre a clínica geral e a medicina familiar está no tipo de treinamento profissional: o médico se especializa, no decurso de alguns anos, no atendimento médico primário (que inclui a obstetrícia) após terminar o seu curso de graduação. Esse especialista será capaz de lhe atender como generalista (clínico geral), como ginecologista e obstetra e, no devido tempo, como pediatra. Ciente da dinâmica de toda a sua família, se mostrará interessado em todos os aspectos da sua saúde, não apenas na sua gestação. Será capaz de lhe fazer ver a gravidez como parte normal da vida, e não como doença. Caso sobrevenham complicações, recorrerá ao parecer de um especialista, embora possa permanecer incumbido do seu caso.

A parteira habilitada.[4] Se o seu desejo for por um profissional cuja ênfase venha a se colocar sobre você como pessoa e não como paciente, por alguém com disponibilidade de tempo suficiente para você, com muito respeito pelos seus sentimentos e pelos seus problemas, alguém bastante flexível e com pendor para o "parto natural", então a sua escolha vai recair sobre uma parteira ou obstetriz habilitada (apesar de muitos médicos atenderem sobejamente a tais requisitos). Embora se trate vez ou outra de profissional especializada, com vasto treinamento em gestações de baixo risco e capaz de atender aos partos não-complicados, tem essa profissional maiores chances de considerar a sua gravidez mais uma condição humana do que condição médica.* Caso seja essa a sua opção, certifique-se de que se trata de uma profissional habilitada; uma parteira leiga não pode oferecer a você e ao seu bebê o melhor tratamento.

TIPO DE ATENDIMENTO

A leitora já escolheu o profissional que lhe prestará o atendimento. Terá que decidir, em seguida, qual o tipo de assistência ao parto que melhor convém ao seu caso. Os tipos de assistência

[3] Tradicionalmente, a gravidez de alto risco é aquela em gestante que já teve problema gestatório pregresso; em gestante com afecção clínica como diabetes, hipertensão; ou doenças cardíacas em gestante com problema relacionado ao fator Rh ou com outro problema genético; em gestante com menos de 17 ou com mais de 35 anos (embora não seja comprovado o alto risco em gestantes de 30 a 40 anos).

[4] A parteira habilitada pode ser ou não uma enfermeira.

*No Brasil, em regiões com grande precariedade de qualquer tipo de assistência, onde não há médico e nem parteira habilitada, os partos domiciliares ainda são muitas vezes feitos por "curiosas", não raro sem qualquer instrução mais elementar e sem recurso algum. *(N. do T.)*

mais comuns e suas possíveis vantagens e desvantagens são os seguintes:

Atendimento médico individualizado. O médico intervém sozinho, recorrendo a outro quando não puder estar presente. Aqui no Brasil é prática comum o atendimento individualizado, seja por obstetra, seja por clínico geral, seja por parteira. A principal vantagem dessa modalidade de atendimento é que a gestante é acompanhada pelo mesmo profissional durante toda a gravidez, o que vai permitir um melhor entendimento entre ambos, com mais empatia. A principal desvantagem é que, se o médico não puder estar presente ao parto, você talvez seja atendida por outro que lhe é desconhecido.[5] Outro problema desse tipo de atendimento é que talvez durante o meio da gestação a leitora descubra que não morre de amores por seu obstetra. Poderá ser difícil mudar de médico a essa altura dos acontecimentos, por várias razões.

Atendimento médico em equipe. Dois ou mais médicos da mesma especialidade assistem conjuntamente as pacientes, em sistema de rotatividade. É o tipo de assistência que pode ser prestada tanto por obstetras como por clínicos de família. A vantagem está em que, ao ser vista por um profissional diferente a cada consulta, a leitora poderá conhecer todos, e, ao terem início as dores do parto, terá a certeza de encontrar ao seu lado, na sala de parto, um rosto que lhe é familiar. A desvantagem está em que talvez você não aprecie todos os médicos da equipe da mesma forma e em geral não poderá escolher o que irá atendê-la ao nascimento de seu filho. Além disso, as diferentes opiniões dos vários médicos podendo ser reconfortantes ou inquietantes, para você esta escolha poderá ser negativa ou positiva.

Atendimento misto. O atendimento é feito por um ou mais obstetras e por uma ou mais enfermeiras obstétricas. As vantagens e desvantagens são semelhantes às do atendimento em equipe. Há no entanto uma outra vantagem: a enfermeira, em algumas de suas consultas, poderá lhe dedicar mais tempo e atenção, enquanto nas outras você poderá contar com a experiência do médico. Você ainda poderá se beneficiar do parto assistido pela parteira, sabendo que o médico vai estar por perto caso surjam complicações.

Maternidades intra e extra-hospitalares. Nos EUA têm surgido maternidades em que o atendimento é feito sobretudo por parteiras habilitadas: o médico só intervém em caso de necessidade. Esses centros de atendimento à gestante ora se situam dentro de hospitais, ora fora deles. O atendimento só é prestado a gestantes com gravidez de baixo risco.

Há mulheres que dão preferência a essa forma de atendimento, o que para elas se configura numa vantagem. A principal desvantagem aparece quando surge alguma complicação durante a gravidez (como ocorre cerca de 20% a 30% das vezes): a mulher terá de recorrer ao médico e dar início a um novo relacionamento; caso a complicação ocorra durante o trabalho de parto ou ao parto (como ocorre em 10% a 15% dos casos), o médico — estranho à parturiente — será chamado para atendimento de emergência. Nas maternidades independentes, não vinculadas a hospital, as complicações podem obrigar a transferência para centro médico com maiores recursos.

Parteiras habilitadas (parto em casa). Nos poucos estados norte-americanos em que essa forma de atendimento é permitida, vê-se que essas parteiras oferecem

[5] O problema pode ser contornado se você entrar em contato com o médico substituto antes do parto.

uma vantagem: o atendimento é personalizado e o parto é feito em casa (se a gestante preferir). Contudo, por vezes surgem complicações que obrigam a presença de um obstetra em questão de minutos. Portanto, a menos que a parteira trabalhe em associação com um médico, que possa rapidamente intervir em situações de emergência e que haja possibilidade de transporte imediato para um hospital, o risco para a mãe e para a criança podem ser significativos.

ENCONTRANDO O CANDIDATO

Já com uma idéia razoável do tipo de profissional e da espécie de atendimento desejados, onde você poderá encontrar alguns possíveis candidatos? Eis algumas boas fontes de informação:

- O seu ginecologista ou clínico geral (caso tenha experiência obstétrica), desde que lhe agrade o seu estilo de atendimento. (Os médicos costumam recomendar outros com doutrinas semelhantes às suas próprias.)
- Os amigos e amigas que tiveram filhos recentemente e cuja conduta adotada durante a gestação e o parto tenha sido do seu agrado.
- Uma parteira, se você tiver a felicidade de já conhecer uma.
- As entidades médicas locais, que podem lhe fornecer uma lista de obstetras.
- Um hospital ou maternidade próximos de sua residência.
- Os postos de saúde locais.
- As Páginas Amarelas, se as demais fontes falharem.

OS VÁRIOS TIPOS DE PARTO E DE ASSISTÊNCIA À PARTURIENTE

Nunca antes teve a mulher tanto controle sobre a gestação e o parto quanto hoje. Durante milênios sempre coube à natureza e a seus caprichos decidir o destino obstétrico da mulher. No início deste século, porém, esse destino passou a ficar nas mãos do médico. Hoje em dia, enfim, embora a natureza e o médico ainda interfiram em certa medida, cabe à mulher e ao parceiro um número bem maior de decisões. A mulher já pode escolher o momento de engravidar (graças aos modernos métodos de controle anticoncepcional e de previsão da ovulação) e muitas vezes, salvo em caso de complicações, em que condições dará à luz. São várias as modalidades de parto existentes, mesmo dentro de um hospital-maternidade. Fora do hospital, há ainda um número bem maior de opções.

Embora o parto de sua preferência não deva ser o único fator a influenciar-lhe a escolha do profissional e da equipe assistencial, trata-se de fator importante que deve ser discutido desde o início. (Convém lembrar, contudo, que a decisão final às vezes só é tomada ao fim da gravidez, sendo que muitas só mesmo na hora do parto.) Entre as diversas opções de parto hoje existentes cabe considerar algumas, que poderão ter grande influência na escolha do médico e do hospital:

A assistência centrada na família. Esse tipo de atendimento, embora visto como ideal por muitos, ainda não é uma realidade em muitos hospitais, embora se sinta uma forte tendência nessa direção. Há uma série de critérios (ASPO/Lamaze) que visam esse ideal: normas hospitalares voltadas para a assistência centrada na família; programas de preparação ao

parto baseados nessas diretrizes; atendimento ao trabalho de parto sem interferência tecnológica desnecessária e com ênfase nas necessidades psicológicas e sociais; uma atmosfera em que se fomenta a conversa, a mútua ajuda e o mútuo conhecimento, onde são feitas adaptações segundo as diferenças culturais e onde se estimula a amamentação já na primeira hora após o parto, desde que não haja contra-indicações; programas de preparo da mulher para o aleitamento e para os cuidados com o recém-nascido, que permitem que a amamentação tenha início o mais cedo possível, mesmo antes da alta hospitalar. Uma das modalidades de alojamento conjunto, mãe e bebê ficam num mesmo quarto, confortável, mobiliado, com banheiro, com espaço suficiente para acomodar os parentes e outros auxiliares, além de equipamento médico e dos pertences da parturiente, com berço e sofá-cama para que algum familiar possa ali dormir. Convém também haver uma área próxima para que as pessoas que acompanham o trabalho de parto possam descansar esporadicamente.

Sala de partos. Há algum tempo, a mulher que ia ter um filho ficava na sala de trabalho de parto, tinha o bebê na sala de partos e depois se recuperava na sala de pós-parto. O bebê lhe era tirado imediatamente após o parto e levado para o berçário, onde era atendido por trás de janelas de vidro. Hoje já é possível para a mulher internada ficar na mesma sala ou quarto durante todo o período do parto e mesmo após, onde também fica o bebê. Há salas de parto equipadas para a assistência ao parto normal e ao parto complicado (na maioria dos hospitais, as cesarianas e outras complicações são feitas numa sala de parto isolada ou no centro cirúrgico). Mesmo assim, o seu aspecto muitas vezes é o de um quarto de hotel, com iluminação baixa, quadros na parede, cortinas na janela, armários, cama confortável — que costuma se converter em "mesa de parto".

Em muitos hospitais a mulher é transferida da sala de parto para a de pós-parto (com o bebê, nos casos de alojamento conjunto) depois de uma hora. Noutros hospitais, mais progressistas, a mulher pode permanecer na mesma sala durante toda a revisão clínica do pós-parto — às vezes com o marido e com outros parentes, que a tudo presenciam.

É claro que se recomenda esse tipo de sala de parto para as gestações de baixo risco, sem possibilidade de maiores complicações durante o parto. Em vários hospitais, contudo, como a demanda desse tipo de sala de parto excede em grande medida a oferta, em geral ficam nela as gestantes que chegam primeiro. Por isso, pode-se não encontrar uma quando se precisa. Felizmente, esse tipo de assistência ao parto pode ser conduzido, dentro da mesma doutrina, em hospitais mais tradicionais.

Cama de parto. A mesa de parto dura e plana, em que provavelmente a sua mãe lhe deu à luz, vem perdendo terreno para a cama mais confortável e que, graças ao acionar de uma alavanca, se transforma em "cama de parto". Em geral, a cabeceira pode ser elevada de tal forma que a parturiente fique em posição de cócoras ou de semicócoras, com rebaixamento dos pés da cama para o trabalho do obstetra ou da parteira. Depois do parto é só trocar os lençóis e acionar uns botões ou alavancas e pronto — você já está de novo na cama, repousando.

Cadeira de parto. Os que defendem o parto de cócoras preferem a cadeira à cama. A cadeira permite que a mulher fique sentada durante o parto. Como a posição facilita o auxílio em casos graves, teoricamente acelerando o trabalho de parto, é uma modalidade atraente pa-

ra gestantes e muitos obstetras. Por vezes, entretanto, a maior pressão exercida pela cabeça do bebê contra a pelve, quando a mãe está na posição de cócoras, pode causar excessiva laceração do períneo. Embora essas lesões possam ser corrigidas, prolongam a recuperação e o desconforto no pós-parto.

Parto de Leboyer. Quando o obstetra francês Frederick Leboyer propôs a teoria do parto sem violência, a comunidade médica o ridicularizou. Hoje muitos dos procedimentos que propôs, que visam tornar mais tranqüila a chegada do recém-nascido ao mundo, viraram rotina. Muitos são os partos feitos sem a forte iluminação que antes parecia tão necessária, na premissa de que a iluminação suave pode tornar mais gradual e menos traumática a transição do útero escuro para o mundo exterior tão iluminado. Torna-se desnecessário segurar o bebê pelas pernas e dar tapinhas: preferem-se maneiras menos violentas para estimular-lhe a respiração quando ela não começa espontaneamente. Em alguns hospitais, o cordão umbilical é seccionado imediatamente; noutros, que seguem o método de Leboyer, o cordão é preservado enquanto a mãe e o bebê entram em contato pela primeira vez, mantendo-se o elo físico entre ambos durante esse primeiro conhecimento mútuo. E embora o banho quente recomendado por Leboyer para a atenuação da chegada do bebê e para facilitar a transição do meio aquoso para o seco não seja procedimento comum em hospitais, vem sendo cada vez mais o de colocar o bebê nos braços e no colo da mãe.

A despeito da crescente aceitação das muitas teorias de Leboyer, o parto dentro dessa doutrina ainda não atingiu uma larga faixa da população. A gestante que estiver interessada nesse tipo de parto deve conversar com o obstetra ou procurar por um que siga a doutrina.

Parto debaixo d'água. Trata-se de um conceito ainda não muito aceito pela comunidade médica. Embora o parto recrie o ambiente intra-uterino, e embora as mulheres que o vivenciaram o aprovem como experiência gratificante, o risco de afogamento do bebê ainda é seriamente considerado por muitos obstetras e por muitos hospitais. Por mais remoto que seja esse risco, ainda o julgam muito grande para aceitar essa modalidade como rotina.

Parto em casa. Para algumas mulheres a idéia de internação para ter um filho quando não estão doentes não parece muito atraente. O que as atrai é o parto domiciliar. O recém-nascido chega ao mundo numa atmosfera de amor e de carinho, no seio da família. Há um risco: caso surjam complicações, os recursos para o atendimento de emergência não estarão ao alcance. Para muitas mulheres a maternidade ou o hospital permitem que o parto se realize num ambiente a um só tempo familiar e "técnico": os recursos tecnológicos também estarão à disposição. Já as gestantes que insistem no parto domiciliar precisam se certificar de que serão atendidas por obstetra ou por parteira habilitada. E de que o transporte para um hospital próximo seja possível em caso de necessidade. Na Inglaterra, os partos feitos em casa não são incomuns, embora se mantenha de prontidão uma ambulância completamente equipada para um atendimento emergencial, pronta para transportar a mãe e, se o parto já tiver ocorrido, para transportar o recém-nascido ao hospital em caso de urgência.

PARA FAZER A ESCOLHA

Depois de identificado o possível profissional que a atenderá, telefone e

marque consulta para entrevista. Não vá desprevenida: formule antecipadamente algumas perguntas que na sua opinião ajudarão a sincronizar o seu relacionamento com o médico, para que não se estimulem atritos de personalidade. Mas não crie a expectativa de concordar em tudo — isso não acontece nos casamentos mais felizes. Talvez para você seja importante que o médico ou o obstetra saiba ouvir e saiba explicar. Será que ele atende a essa exigência? Se você estiver preocupada com os aspectos emocionais da gravidez, será que ele leva suas queixas a sério? Convém também perguntar-lhe sobre as questões, das arroladas a seguir, que você considerar mais importantes: parto natural *versus* parto com anestesia *versus* parto com uso de medicação (não anestésica) contra a dor; amamentação; indução do trabalho de parto; uso de monitorização fetal; lavagem intestinal (uso de clister); uso de fórceps; parto cirúrgico (cesariana); qualquer outro assunto que a preocupe. É a única maneira de garantir que não irão ocorrer surpresas desagradáveis no último minuto.

Talvez o mais importante na primeira consulta seja permitir que o médico venha a conhecer o tipo de pessoa que você é. Pelas reações dele, perceberá se ele se sente ou não à vontade com você.

Talvez também queira saber algo a respeito do hospital onde ele trabalha. Convém verificar se o hospital dispõe de instalações necessárias para um bom atendimento — sala de partos, quartos individuais, unidade de tratamento intensivo neonatal, alojamento conjunto, sala para parto de Leboyer etc. Convém também ver se há flexibilidade na rotina do hospital (vou ser obrigada a fazer lavagem intestinal e a raspar os pêlos do períneo?). Ver também se admitem a presença do pai durante o parto, seja natural ou cesáreo. Em que posição você será atendida durante o parto? Ficará de costas? Ficará de cócoras? etc.

Antes de tomar a decisão final, veja se o médico lhe inspira de fato confiança. A gravidez é uma das vivências mais importantes da vida — você não vai querer colocá-la nas mãos de um marinheiro de primeira viagem em quem você não acredite, em quem você não confie.

PARA TIRAR O MELHOR PROVEITO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

A escolha do profissional ideal para você é apenas a primeira etapa. Para a grande maioria das mulheres, que nem querem ceder toda a responsabilidade para o profissional, e nem assumir sozinhas inteiramente, a etapa seguinte consiste em fomentar um bom relacionamento com ele. Eis como:

- Quando, no intervalo entre as consultas, surge alguma coisa que você acha que vale a pena mencionar, anote-a para não vir a esquecê-la na próxima consulta. (Para tal, é de ajuda afixar listas em lugares convenientes — na porta da geladeira, na sua bolsa, na sua mesa de trabalho, na mesinha-de-cabeceira — para que você não tenha trabalho em anotar o que deseja; organize as listas antes de cada visita ao médico.) Essa é a única maneira de você ter certeza de que nada foi esquecido, de que você irá relatar todos os sintomas. E você não perderá tempo, e nem fará o médico perder o dele, tentando lembrar-se do que você ia mesmo perguntar.

- Leve junto com a lista de perguntas uma caneta e um bloco para que você possa anotar as orientações dadas pelo seu médico. Muitas pessoas ficam muito nervosas na presença do médico para que depois se lembrem de tudo o que ele falou. Se ele não lhe der

Protegendo-se Contra os Erros Médicos

Ao admitirem que a relação médico-paciente na obstetrícia moderna requer a parceria, a participação mútua, e que quando o resultado fica aquém das expectativas nem sempre a falha é do médico, os doutores não mais se permitem ficar sentados como patos enquanto os pacientes ficam a atirar a esmo em alvos indefesos. Reagem, e inclusive em raras ocasiões, viram a mesa: imputam o erro aos próprios pacientes que os acusam de incúria ou erro médico (*malpractice*)*. Apesar disso, embora estejam em crescimento os casos desse tipo nos tribunais (nos norte-americanos, por exemplo), você não precisa se preocupar se terá de pagar ou não seu médico um milhão de dólares por não tomar as vitaminas que ele ou ela prescreveu. Você precisa se preocupar, entretanto, se a culpa do erro médico lhe for atribuída, pois, nesse caso, o preço a ser pago poderá ser bem mais alto: talvez esteja em jogo a sua vida ou a vida do bebê.

Portanto, para que você não acabe sendo acusada, recebendo uma pena de talião, tome as seguintes precauções:

- Diga toda a verdade e nada mais que a verdade. Não forneça ao médico ou à médica uma história médica incompleta. Faça-o saber dos medicamentos ou drogas de que você faz uso — lícitos ou ilícitos, farmacológicos ou não (inclusive fumo e álcool). Informe-o também das enfermidades ou cirurgias passadas ou recentes.

- Não recuse exames necessários: raio X, exames de sangue etc. E tampouco os medicamentos, a menos que você tenha uma segunda opinião autorizada que a faça mudar de idéia.

- Siga as instruções com atenção ao submeter-se a um procedimento médico. Você não pode culpar o radiologista por uma radiografia borrada, fora de foco, caso tenha se mexido quando lhe pediram para ficar parada.

- Siga as recomendações médicas: data e horário da consulta, ganho de peso, repouso na cama, exercícios, medicamentos, vitaminas, e assim por diante — a não ser que disponha de outra recomendação médica respeitada que lhe oriente em contrário.

- Não permita que ninguém lhe trate sob influência certa de drogas ou bebidas alcoólicas. Se assim proceder, estará se cumpliciando ao crime.

- Sempre alerte o médico sobre efeitos adversos óbvios de algum medicamento ou tratamento, assim como qualquer sintoma importante durante a gestação. Também não deixe de lhe dizer quando achar que a conduta por ele adotada estiver incorreta (ver p. 44).

- Nunca ameace ou alarme, sob outros aspectos, um médico de modo a interferir no tratamento que esteja recebendo.

- Cuide-se bem. Siga a Dieta Ideal (ver p. 109), faça repouso e exercícios, e evite sobretudo as bebidas alcoólicas, o cigarro, e outras drogas ou medicamentos não prescritos, depois de saber que está grávida, ou, melhor ainda, ao começar a tentar conceber.

Se achar que não pode seguir as instruções médicas ou prosseguir com a conduta terapêutica recomendada, certa ou errada, sem dúvida não acredita ou confia na pessoa escolhida para acompanhá-la e ao seu bebê durante a gravidez, o trabalho de parto e o parto. Nesse caso, o melhor a fazer é mudar de médico.

---

*O termo *malpractice* da língua inglesa, aqui traduzido por incúria ou erro médico, refere-se a uma conduta médica (diagnóstica ou terapêutica, por exemplo) que rompe com os princípios legais ou as regras da profissão a fim de que o médico obtenha alguma vantagem pessoal; é um termo legal ou jurídico. (*N. do T.*)

as informações adequadas voluntariamente, faça as perguntas antes de ir embora, evitando assim confusão ao chegar em casa. Indague sobre coisas como os efeitos colaterais deste ou daquele tratamento, por quanto tempo tomar determinada medicação se alguma for prescrita, quando se comunicar com ele sobre qualquer problema.

- Embora você não vá chamar o médico por qualquer incômodo pélvico menor, não deve hesitar em consultá-lo se não conseguir resolver o problema lendo um livro como este, ou se achar que não dá para esperar até a próxima consulta. Mesmo que suas preocupações lhe pareçam tolas, não receie por isso. A menos que o médico seja recém-formado, já terá ouvido todas essas queixas antes. Prepare-se para ser clara, específica, ao relatar os sintomas. Em caso de dor, é preciso apontar a exata localização, a duração, o tipo (aguda, surda ou em cólica) e a intensidade. Se possível, explique-lhe o que a agrava e a alivia — a mudança de posição, por exemplo. Em caso de corrimento vaginal, descreva a cor (vermelho vivo, vermelho escuro, acastanhado, rosa ou amarelado), indique quando começou e revele a intensidade. Também é preciso descrever os sintomas que o acompanham (febre, náusea, vômito, calafrios, diarréia). (Ver Quando Chamar o Médico, p. 151.)

- Ao ficar sabendo de alguma novidade em obstetrícia, não vá para a próxima consulta já dizendo ao médico que "precisa daquilo". Em vez disso, **procure saber a opinião do profissional** a respeito: se ele vê nesse novo procedimento algo de valor. Muitas vezes, os jornais, as revistas e a televisão noticiam progressos médicos prematuramente, antes de terem sua eficácia e segurança comprovadas através de pesquisas controladas. Se for de fato uma conquista legítima, é bem possível que o médico já tenha ouvido falar dela ou talvez queira saber mais a respeito. Seja legítima ou não, você e ele só terão a lucrar mediante essa troca de informações.

- Ao ouvir alguma coisa que não corresponde ao que o médico lhe disse, peça-lhe a opinião sobre o assunto. Mas sem desafiá-lo: apenas para ter melhores informações.

- Se você suspeitar de que o seu médico está errado a respeito de alguma coisa (por exemplo, aprovando as relações sexuais quando você já tem uma história de aborto), diga a ele. Não vá supor que o médico, mesmo com o prontuário ou sua ficha na mão, sempre lembrará de todos os aspectos de sua história clínica e pessoal — também é da sua responsabilidade ajudá-lo a evitar possíveis erros. O melhor a fazer nessa situação é expor-lhe como você percebe o caso e falar de todas as suas preocupações sem desafiá-lo. Quase sempre a gestante descobre que o profissional realmente se importa com o problema e recebe a crítica de bom grado.

  Se tiver algum desentendimento a respeito de qualquer assunto — por ter ficado esperando, por não conseguir a resposta a uma pergunta formulada etc. — não deixe de comunicá-lo. Os desentendimentos não discutidos, não comunicados, prejudicam a relação médico-paciente.

- Se o seu relacionamento com o médico se deteriorar irreparavelmente, pense no que significa a mudança de médico. Ele provavelmente não deve

gostar de atritos e confusão mais do que você. Não espere, contudo, um bom atendimento obstétrico se você ficar trocando regularmente de médico, atrás de um que acate as *suas* ordens. Considere, em vez disso, que o problema no atendimento que vem recebendo talvez tenha origem em você mesma.

2

Agora Que Você Está Grávida

As Preocupações Comuns

Agora que você deixou de se preocupar com o resultado do teste de gravidez, por certo já começará a ter muitas outras dúvidas: A minha idade ou a de meu marido terá algum efeito sobre a gravidez ou sobre o nosso bebê? De que modo o feto pode ser afetado por afecções crônicas ou por problemas genéticos? Nosso estilo de vida anterior faz alguma diferença? Será que minha história obstétrica vai se repetir? O que fazer para reduzir possíveis riscos que eu possa apresentar?

A HISTÓRIA GINECOLÓGICA

"Não mencionei uma gravidez prévia a meu obstetra porque ocorreu quando ainda não estava casada. Deveria ter mencionado?"

A história ginecológica pregressa tem, para o obstetra, tanta importância quanto as informações colhidas durante a gravidez atual. Tudo o que já lhe ocorreu nessa esfera — gestações, abortos espontâneos ou provocados, cirurgias ou infecções — pode ou não ter consequências sobre a sua gestação atual. Tudo deve ser contado ao médico. São informações que permanecerão em segredo graças ao sigilo profissional. Não se preocupe com o que o médico acha ou deixa de achar. A função dele é cuidar da gestante e do bebê. Não compete a ele julgar você.

ABORTOS ANTERIORES

"Já fiz dois abortos. Será que afetam a minha gravidez atual?"

Provavelmente não. Sobretudo se foram recentes e se ocorreram no primeiro trimestre. A técnica do aborto, nos EUA, tem evoluído. Os que foram feitos antes de 1973 criavam maior risco de aborto espontâneo no segundo trimestre

— a técnica enfraquecia o colo uterino, tornando-o insuficiente. Desde aquela época, naquele país, as técnicas de aborto no primeiro trimestre evoluíram e não acarretam mais esse tipo de lesão cervical.

Os abortos múltiplos no segundo trimestre (entre 14 e 26 semanas), contudo, parecem aumentar o risco de aborto futuro no terceiro trimestre ou, seja, de parto prematuro. Caso você tenha sofrido aborto depois do terceiro mês, veja p. 256 para saber como reduzir os riscos de parto prematuro.

Em qualquer caso, deixe o médico ciente dos abortos. Quanto mais ele souber a respeito de sua prévia história ginecológica, melhor será o atendimento.

FIBROMAS

"Tive fibromas durante vários anos e nunca me causaram problema. Mas agora que estou grávida fiquei preocupada."

Os fibromas ocorrem mais habitualmente em mulheres com mais de 35 anos. Nos EUA, o número de mulheres grávidas nessa faixa etária tem crescido. Assim, os fibromas começam a se tornar relativamente comuns durante a gravidez (ocorrem em 1 a 2 mulheres em 100). A grande maioria das gestantes com fibromas chegam ao termo sem complicações vinculadas à condição. Por vezes, entretanto, essas pequenas neoplasias benignas, que se desenvolvem na parede interna do útero, causam problema: aumentam um pouco o risco de gravidez ectópica, de aborto espontâneo, de placenta prévia (placenta com implante baixo), de descolamento prematuro da placenta (da parede uterina), de trabalho de parto prematuro, de ruptura precoce da bolsa d'água, de não progressão do parto, de malformação fetal, e de apresentação cefálica anômala. Para minimizar esses riscos, a gestante deve: discutir o problema dos fibromas com o médico para que fique melhor informada da sua condição geral e dos possíveis riscos no seu caso em particular; para que reduza os riscos em gestações futuras (ver p. 81); e prestar particular atenção aos sintomas que indicam problema iminente (p. 151).

Às vezes a mulher com fibroma percebe uma pressão ou dor no abdome. Embora deva informar ao médico, não costuma significar nada de mais importante. O repouso e os analgésicos seguros (ver p. 366) durante quatro ou cinco dias costumam trazer-lhe alívio. Às vezes os fibromas degeneram ou se torcem, causando dor abdominal não raro acompanhada de febre. Em ocasiões esporádicas (raras) requerem intervenção cirúrgica. Se o médico achar que o fibroma vai interferir no parto vaginal, poderá optar pela cesariana.

"Removi dois fibromas alguns anos atrás. Será que tem problema por agora estar grávida?"

Na maioria dos casos a remoção de fibromas não interfere em gravidez subseqüente. A cirurgia extensa para a remoção de fibromas maiores, entretanto, enfraquece o útero, às vezes de tal forma que este não resiste ao trabalho de parto. Se for esse o caso — segundo a avaliação do médico —, a solução estará no parto cesáreo. Convém à gestante se familiarizar com os primeiros sinais de trabalho de parto precoce que comece antes da data prevista para a cirurgia (ver p. 258). Nesse caso, convém ir imediatamente ao hospital: trata-se de emergência obstétrica.

INSUFICIÊNCIA CERVICAL

"Tive um aborto no quinto mês da minha primeira gravidez. O médico me disse que foi causado por insuficiência da cérvice. Acabo de saber que estou grávida de novo e só em pen-

ser que possa ter o mesmo problema fico apavorada."

Agora que a sua insuficiência cervical foi diagnosticada, o médico deverá ser capaz de prevenir novo aborto. A insuficiência cervical, em que o colo uterino se abre prematuramente ao ser submetido à pressão do útero e do feto em crescimento, ocorre mais ou menos em uma ou duas de cada cem gestações. Acredita-se que seja responsável por 20% a 25% de todos os abortos espontâneos no segundo trimestre. O problema pode decorrer de enfraquecimento hereditário da cérvice (o colo do útero); de exposição da mãe ao dietilestilbestrol (DES; ver p. 70) quando ainda se achava no útero da própria mãe; de extremo estiramento ou de pronunciadas feridas laceradas da cérvice durante um ou mais partos; de cirurgia ou de tratamento a *laser* de lesão do colo uterino; de D&E ou de aborto traumático (sobretudo, nos EUA, quando feitos antes de 1973). A gravidez múltipla (gêmeos) pode também levar à insuficiência cervical. Nesse último caso, porém, o problema não se repetirá em gestações subseqüentes com um só feto.

Costuma ser diagnosticada quando a mulher aborta no segundo trimestre depois de experimentar o apagamento (adelgaçamento) indolor progressivo e dilatação da cérvice sem contrações uterinas aparentes e sem sangramento vaginal. O ideal seria o médico conseguir fazer o diagnóstico antes de ocorrer o aborto, para que a gravidez prosseguisse de modo normal. Ultimamente a sonografia vem se mostrando promissora para esse fim.

Em caso de aborto em gestação prévia por insuficiência cervical é preciso informar imediatamente o obstetra do problema na gravidez atual. A cerclagem (sutura do orifício cervical) pode ser feita no início do segundo trimestre (12 a 16 semanas) para evitar a repetição da tragédia. O procedimento, bastante simples, é feito no hospital depois de confirmada uma gravidez normal pelo ultra-som. Depois da cirurgia e de 12 horas de repouso no leito, permite-se que a paciente já vá ao banheiro sozinha, e 12 horas depois já pode voltar às atividades normais. Talvez se proíba a relação sexual por toda a gestação. Pode também haver necessidade de exames médicos freqüentes. Em certos casos raros, em lugar da cerclagem se lança mão do repouso absoluto e de um dispositivo chamado pessário para sustentar o útero. O tratamento pode também ser iniciado quando o ultra-som ou o exame vaginal mostram que a cérvice está se abrindo, mesmo que não tenha ocorrido aborto espontâneo prévio.

A época de remoção dos pontos dependerá em parte da preferência do médico e em parte do tipo de sutura. Em geral são removidos algumas semanas antes da data provável do parto; em alguns casos só são removidos depois de iniciado o trabalho de parto, a menos que ocorra infecção, hemorragia ou rompimento prematuro das membranas.

Independentemente da conduta terapêutica adotada, são boas as chances da gravidez chegar a termo. Mesmo assim, a gestante deverá estar alerta para os sinais de problema iminente no segundo e no início do terceiro trimestres: pressão no baixo-ventre, secreção vaginal com ou sem presença de sangue, micção excessivamente freqüente, sensação de corpo estranho na vagina. Em vigência de qualquer um desses sintomas, vá imediatamente para o consultório do médico ou para o pronto-socorro mais próximo. (Para outras informações sobre o aborto espontâneo no segundo trimestre, ver p. 212.)

A HISTÓRIA OBSTÉTRICA QUE SE REPETE

"Minha primeira gravidez foi um transtorno — devo ter sentido todos os sintomas mostrados no livro. Será que vai ser de novo assim?"

Em geral, a primeira gravidez antecipa muito bem como serão as gestações seguintes, sendo tudo a mesma coisa. Portanto, no seu caso, os incômodos serão mais prováveis do que no caso de alguém que não os tenha tido. Mesmo assim, há esperança de que a sua sorte mude dessa vez. Todas as gestações, como todos os bebês, são diferentes. Se, por exemplo, o enjôo matinal ou o desejo alimentar a atormentaram durante a primeira gravidez, pode ser que nem sejam perceptíveis na segunda (ou viceversa, naturalmente). Não obstante a sorte, a predisposição genética e a existência prévia de vários sintomas em gestação anterior sejam determinantes de como será a gravidez atual, outros fatores — inclusive alguns que estão sob nosso controle — podem modificar o prognóstico em certa medida. Entre esses fatores estão:

Estado geral de saúde. A boa condição física favorece o transcurso mais cômodo da gestação. Em termos ideais, convém dar a devida atenção a afecções crônicas (alergias, asma, problemas nas costas) e tratar infecções persistentes (infecção urinária, vaginite) antes de engravidar (ver Capítulo 15). Depois de grávida, continue a cuidar de si mesma e da gravidez.

A dieta. Embora não ofereça qualquer garantia, a Dieta Ideal oferece à gestante a melhor probabilidade de uma gestação tranqüila. Ajuda a minimizar o enjôo matinal e a indigestão; ajuda a combater a fadiga, a constipação e as hemorróidas; evita as infecções urinárias e a anemia ferropriva e ajuda também a evitar as câibras nas pernas. (Mesmo porém que o curso gestacional não transcorra com muita tranqüilidade, a dieta bem-feita favorece o desenvolvimento e a saúde do feto.)

Ganho de peso. O ganho constante de peso e a sua manutenção dentro dos limites recomendados (entre 10 e 15 quilos) ajudam a melhorar o bem-estar. Os exercícios são particularmente importantes na segunda gestação e nas subseqüentes, porque os músculos abdominais vão se mostrando mais flácidos, deixando-a mais suscetível a uma ampla variedade de dores, sobretudo nas costas.

Aptidão física. A prática de exercícios corretos e por tempo suficiente (ver orientação à p. 225) ajuda a melhorar o bem-estar geral. Os exercícios são especialmente importantes na segunda gestação e nas subseqüentes, porque os músculos abdominais costumam ficar mais flácidos, deixando-a mais suscetível a uma ampla variedade de dores e desconfortos, sobretudo a dor lombar.

Ritmo de vida. A vida apressada, frenética, comum a tantas mulheres hoje em dia, pode agravar ou mesmo desencadear um dos sintomas mais incômodos da gravidez — o enjôo matinal — e também exacerbar outros como a fadiga, a dor nas costas e a má digestão. A ajuda bem-vinda nos afazeres domésticos, o descanso do que a deixa nervosa (inclusive a presença dos outros filhos), a redução das responsabilidades no trabalho e a eliminação das tarefas que não têm prioridade durante algum tempo são elementos que ajudam bastante (ver p. 207 para outras dicas).

Os outros filhos. As gestantes que já têm outros filhos para cuidar às vezes nem têm tempo para perceber os incômodos da nova gestação. Outras, que têm filhos

mais velhos, acabam por agravar os sintomas da gravidez. O enjôo matinal, por exemplo, pode ser agravado nos momentos de estresse (mandá-los para a escola, pôr a mesa para o jantar, estão entre essas situações); a fadiga pode aumentar quando não se tem tempo para repousar; mesmo a constipação pode se acentuar quando a gestante não consegue ir ao banheiro quando sente vontade. Atenuar isso tudo pode não ser fácil, mas vale a pena tentar: dedique mais tempo a si mesma. A empregada nessa hora pode ajudar muito (ou uma amiga), única solução em muitos casos.

"Minha primeira gravidez foi difícil. Tive várias complicações sérias. Agora que engravidei de novo estou muito nervosa."

A gravidez cheia de complicações não antecipa novas complicações em gestações futuras. Muitas vezes a tempestade na primeira pode significar calmaria na segunda. Se a causa das complicações tiver sido uma infecção ou um acidente, é difícil que essas tornem a ocorrer. Nem ocorrerão também se foram determinadas pelo estilo de viver que agora foi modificado (fumar, beber, usar drogas), pela exposição a riscos do meio ambiente (ao chumbo, por exemplo) a que não mais se está exposta, ou pela falta de atendimento médico no início da gestação (desde que você já esteja sendo atendida na gravidez atual).

Se a causa tiver sido algum problema crônico de saúde — diabetes, hipertensão —, o controle do problema antes de engravidar ou no início da gestação freqüentemente evita as complicações.

Se você teve uma complicação específica na primeira gestação que agora gostaria de evitar, é boa idéia discuti-la com o obstetra para ver o que pode ser feito. Não importa o problema ou a causa (mesmo quando "desconhecida"), as dicas na resposta à pergunta anterior ajudam a tornar a gravidez mais tranqüila e mais segura para você e para o seu bebê.

"Tive uma gravidez muito tranqüila, no meu primeiro filho. Por isso mesmo me foi um choque o trabalho de parto de 42 horas com 5 horas de esforços expulsivos para fazer nascer o bebê. Estou feliz por ter engravidado de novo, mas morta de medo de que o trabalho de parto seja como o primeiro."

Relaxe. Desfrute a gravidez. Tire a idéia da cabeça. O segundo parto e os subseqüentes, a não ser por má posição da cabeça do bebê ou por alguma complicação imprevista, costumam ser mais fáceis que o primeiro. Graças à experiência do útero e ao maior relaxamento do canal do parto. Todas as fases do trabalho de parto são mais breves. O esforço expulsivo em geral diminui drasticamente.

A CESARIANA QUE SE REPETE

"Tive meu primeiro filho por cesariana. Me disseram que nunca poderia ter parto vaginal por causa de uma anormalidade pélvica. Quero ter seis filhos, como minha mãe. Mas sei que três cesarianas é o limite."

Diga isso a Ethel Kennedy, a indômita esposa de Robert F. Kennedy, que foi submetida a 11 cesarianas numa época em que o procedimento não tinha a simplicidade e nem a segurança que tem hoje. É claro, às vezes não são possíveis tantos partos cesáreos. Muito há de depender do tipo de incisão feita e do tipo de cicatriz que se formou. Fale com o obstetra a respeito: só ele, familiarizado com o seu histórico, poderá lhe dizer se isso é possível ou não. Talvez você tenha uma surpresa agradável.

Quem se submeteu a múltiplas cesarianas, contudo, pode apresentar maior ris-

co de rompimento uterino causado pelas contrações do trabalho de parto (em virtude das numerosas cicatrizes lá existentes). Por esse motivo, é preciso ficar alerta para os sinais do trabalho de parto (eliminação de pequena quantidade de sangue, ruptura da bolsa, contrações; ver p. 308), nos meses finais da gravidez. Ao despontarem, cumpre notificar o médico e ir para o hospital imediatamente. Deve-se notificá-lo também se em *qualquer momento* da gravidez aparecer, sem explicação evidente, dor abdominal persistente ou hemorragia.

"Tive meu último filho por cesariana. Estou grávida novamente e me pergunto qual a chance que tenho de ter um parto vaginal."

"Uma vez uma cesariana, sempre uma cesariana" era, até pouco tempo, uma lei obstétrica, se não gravada em pedra, pelo menos gravada no útero das mulheres que tivessem se submetido a um ou mais partos cirúrgicos. Hoje o American College of Obstetrics and Gynecology preconiza conduta bem diversa. Eis aqui a nova diretriz oficial daquela entidade norte-americana: as cesarianas sucessivas não devem ser consideradas uma rotina; a norma deve ser o Parto Vaginal Após Cesariana. A experiência mostra que entre 50% a 80% das mulheres submetidas a cesárea são capazes de ter um trabalho de parto e um parto normais em gestações subseqüentes. Mesmo as que se submeteram a várias cesarianas ou as que têm gravidez gemelar.

A possibilidade do parto vaginal vai depender do tipo de incisão uterina (a incisão abdominal pode ser diversa) e do motivo que a levou ao primeiro parto cirúrgico. Se a incisão tiver sido a transversa baixa (pela região inferior do útero), que é o que ocorre em 95% das mulheres atualmente, são boas as chances de parto vaginal; no caso da incisão vertical clássica (pelo meio do útero), como era comum no passado, não poderá ser tentado o parto vaginal em virtude do risco de rompimento uterino. Se o motivo da cesariana tiver sido um que não se repita (sofrimento fetal, infecção, apresentação de nádegas, toxemia) é muito possível que agora o parto seja vaginal. Se o motivo estava numa doença crônica (diabetes, hipertensão, cardiopatia) ou um problema de correção impossível (anormalidades da bacia, por exemplo) provavelmente o parto terá de ser mais uma vez por cesariana. Não confie apenas na memória: é preciso checar no antigo prontuário o tipo de incisão feita anteriormente.

Se você realmente quer agora o parto vaginal, discuta logo essa possibilidade com o médico. Alguns médicos ainda se atêm ao velho adágio e não permitem à mulher que já fez cesárea entrar em trabalho de parto. Se você quer de fato o parto vaginal, terá de encontrar um médico disposto a acompanhá-la desde o início do trabalho de parto ao parto. Por questão de segurança, o hospital deverá estar preparado para uma cesárea de emergência, caso se faça necessária.

É importante que você e o médico garantam a segurança do parto vaginal:

- Siga à risca as instruções no curso preparatório ao parto, para que consiga um bom trabalho de parto e que minimize o estresse ao organismo.
- Avise o médico quando surgirem os primeiros sinais de trabalho de parto (p. 308).
- Concorde em usar pouca medicação (ou nenhuma) durante o trabalho de parto e o parto. A medicação pode encobrir sinais de rutura iminente.
- Diga ao médico imediatamente se surgir alguma dor espontânea ou à palpação *entre* as contrações.

Não obstante boas as chances de parto normal, mesmo a gestante que nunca fez cesariana exibe 20% ou mais de probabilidade de vir a necessitar de uma. Não se desaponte, portanto, se acabar tendo de repeti-la. O que importa, enfim, é que o seu filhinho maravilhoso nasça dentro de toda a segurança possível.

"Fiz a primeira cesárea depois de um longo e agonizante trabalho de parto. O médico me disse para tentar dessa vez o parto vaginal, mas prefiro a cesárea para evitar aquela provação."

Ao lermos o que os firmes oponentes da cesárea têm a dizer, concluímos rapidamente que o meio médico é o exclusivo responsável pelo grande número de cesáreas realizadas hoje em dia. Mas muitas vezes não se fala do outro lado da história: as cesáreas sucessivas (que compõem pelo menos um terço do total de cesáreas realizadas ao ano) são muitas vezes feitas a pedido da gestante. E o motivo é muito simples: desejam evitar outro trabalho de parto prolongado e doloroso.

É normal que o ser humano não queira sofrer — trata-se de um reflexo automático que visa protegê-lo das agressões. Os olhos piscam quando deles se aproxima um objeto pontudo; recuamos rapidamente a mão da chama do fogo. São atos que fazem sentido. Mas embora pareça lógico fazer a cesárea só para evitar as dores do trabalho de parto, não é. É verdade que o trabalho de parto pode ser mais doloroso que a cesárea, mas as suas conseqüências não são maiores do que as desta. O risco cresce com o parto cirúrgico e não obstante seja muito pequeno (a chance de morrer durante o parto vaginal é de uma em 10.000 e a de morrer durante o parto cirúrgico é de 4 em 10.000), aumentá-lo sem razão não tem lógica alguma.

Lembre-se também de que dessa vez o trabalho de parto provavelmente será muito mais fácil e muito mais breve. Se o parto vaginal for bem-sucedido, você estará evitando os dois ou três dias de dor abdominal que se seguem à cesariana. Vale a pena tentar.

A HISTÓRIA FAMILIAR

"Recentemente descobri que minha mãe e duas de suas irmãs perderam os filhos logo depois do nascimento. Ninguém sabe por quê. Isso pode acontecer comigo?"

A história familiar de enfermidade ou de morte do feto era quase sempre mantida em sigilo, como se perder um filho fosse algo de pecaminoso ou de que se devesse ter vergonha. Hoje sabemos que o conhecimento da história das gerações pregressas ajuda a melhorar a saúde da geração atual. Embora a morte de dois bebês em circunstâncias semelhantes possa não passar de coincidência, conviria procurar um geneticista para receber aconselhamento. O médico pode recomendar um.

Todo casal que não sabe a respeito de possíveis anomalias hereditárias na família de cada um deve procurar descobrir, perguntando às pessoas mais velhas. Como o diagnóstico pré-natal é possível para muitas doenças hereditárias, esse tipo de informação torna possível prevenir problemas antes que ocorram ou tratá-los ao ocorrerem.

"Há várias histórias em nossa família sobre bebês que pareciam bem ao nascer mas que depois foram ficando cada vez mais doentes. Acabaram morrendo ainda pequenos. Devo me preocupar?"

Entre as principais causas de doença e morte nos primeiros dias e nas primeiras semanas de vida estão o que hoje conhecemos como erros inatos do metabolismo. Os bebês que nascem com esse tipo de anomalia genética não possuem uma enzima ou outra substância

química, o que impossibilita o metabolismo de algum elemento particular da dieta; qual o elemento vai depender da enzima em falta. O irônico é que a vida do bebê está em risco tão logo inicie a alimentação.

Felizmente esses distúrbios, na grande maioria, podem ser diagnosticados durante a gestação. Muitos podem ser tratados. Portanto, considere-se uma mulher de sorte se ficar sabendo desse diagnóstico ainda antes do parto. Certifique-se de agir e tomar as providências de acordo com o diagnóstico. Discuta a informação com o médico e também, se for necessário, com um geneticista.

GESTAÇÕES MUITO PRÓXIMAS

"Voltei a ficar grávida dois meses e meio após nascer meu primeiro filho. Fico cismando com o efeito que isso possa ter sobre a minha saúde e a de meu novo filho."

A concepção antes da plena recuperação de gestação e parto recentes vai sobrecarregar-lhe o organismo, mas não de preocupações debilitantes. Portanto, em primeiro lugar, *relaxe*. Embora seja rara a concepção nos primeiros três meses de puerpério (quase um milagre quando o recém-nascido vem sendo amamentado ao seio), é situação que pega outras mães de surpresa também. E na grande maioria tiveram parto normal, filho normal, e foi pequeno o seu desgaste.

No entanto, é essencial ter ciência do tributo que pode ser pago por duas gestações consecutivas: tudo se há de fazer para compensá-lo. A concepção nos primeiros três meses de puerpério faz a nova gestante ingressar em grupo de alto risco, que, contudo, nesse caso, não guarda um prognóstico sombrio como parece, mormente com o próprio atendimento e as devidas precauções, entre as quais:

- O melhor atendimento pré-natal, começando logo que for descoberta a gravidez. Como em qualquer gestação de alto risco, provavelmente é melhor começar com um obstetra, ou com uma enfermeira obstétrica, em atendimento individualizado. Convém seguir escrupulosamente as determinações do médico e não faltar às consultas.

- A de aderir à Dieta Ideal (ver p. 109), que deve ser seguida senão religiosamente, pelo menos fielmente. É possível que o seu organismo ainda não tenha tido oportunidade de repor as reservas utilizadas no processo gestatório anterior. Depois do parto, sobretudo se você estiver amamentando, poderá estar em desvantagem nutricional. Isso significa que precisa compensar essa desvantagem para que nem você e nem o feto se vejam em privação nutricional. Dê particular atenção às proteínas (pelo menos 100 g ao dia) e ao ferro (fazer uso de terapêutica complementar).

- Ganho de peso suficiente. O seu novo bebê não se importa se você teve tempo ou não de eliminar os quilos a mais que o seu irmãozinho ou irmãzinha veio a colocar em você. Vocês dois necessitarão do aumento de 10 a 15 kg também nesta gestação. Portanto, nem pense em emagrecer, mesmo nessa fase incipiente. O ganho de peso gradual, devidamente supervisionado, será mais fácil de perder depois — especialmente se adquirido através de uma dieta de alta qualidade e porque você vai estar ocupada com duas crianças pequenas. Certifique-se de que a falta de tempo ou de energia não a impeçam de comer bem. Alimentar e cuidar dos filhos que já tem não de-

ve prejudicar a alimentação e o cuidado do filho que está para vir. Acompanhe com atenção o seu ganho de peso e, se não evoluir como o esperado (ver p. 182), controle a ingestão de calorias com mais cuidado e siga as sugestões à página 110 para aumentar o ganho de peso.

- Desmame o seu filhinho mais velho imediatamente, se você estiver amamentando. Ele já colheu muitos dos benefícios do aleitamento ao seio, e o desmame nesse estágio não deve ser difícil nem traumático para o bebê, embora possa não ser confortável para você. Algumas mulheres continuam a amamentar, mas tentar reunir as forças para a gestação e a amamentação pode ser uma batalha perdida para qualquer uma.

- Repouse — repouse mais do que for humanamente possível. Para isso é mister sua própria determinação e o auxílio de seu marido e de outras pessoas também. Estabeleça prioridades: deixe tarefas domésticas menos importantes por fazer e se obrigue a deitar quando o seu outro filho estiver dormindo. Deixe o papai dar-lhe quantas mamadeiras puder durante a noite, e deixe-o também cozinhar, limpar a casa e cuidar do bebê (sobretudo os cuidados que requerem suspendê-lo ou carregá-lo).

- Exercícios — o suficiente para que se mantenha em forma e relaxe. Mas sem excessos. Se você não consegue encontrar hora para os exercícios regulares, faça-os em conjunto com as atividades físicas do dia-a-dia. Saia com seus filhos para um rápido passeio. Entre para um curso de ginástica para gestantes (ver p. 230 para saber como escolher um) ou nade no clube etc. Mas evite correr e outros exercícios desgastantes.

- Elimine ou minimize todos os outros fatores de risco da gravidez, como o cigarro e o álcool (ver p. 81). O corpo e o bebê não devem ser submetidos a outros estresses.

TENTANDO A SORTE PELA SEGUNDA VEZ

"Meu primeiro filho foi perfeito. Agora que estou grávida de novo, fico com medo de não ter tanta sorte desta vez."

É pouco provável que um ganhador da loteria esportiva venha a ganhá-la de novo, não obstante as suas chances sejam iguais às de qualquer outro apostador. A mãe que teve um bebê "perfeito", contudo, não apenas tem grande chance de ganhá-lo novamente como também essa chance é maior do que antes de uma gestação bem-sucedida. Além disso, a cada gestação a mãe tem a chance de melhorar um pouquinho as probabilidades — pela eliminação de quaisquer fatores negativos existentes (fumo, bebida, uso de drogas) e pela acentuação dos positivos (melhor alimentação, exercícios e atendimento obstétrico).

QUANDO A FAMÍLIA É GRANDE

"Estou grávida pela sexta vez. Será que há risco maior para mim ou para o bebê?"

Sempre se postulou, segundo o conhecimento médico tradicional, que as mulheres com cinco ou mais filhos fazem crescer o risco para si mesmas e para os bebês a cada nova gestação. Talvez isso

fosse verdadeiro antes do progresso da obstetrícia atual — e talvez ainda o seja para as gestantes que não recebem atendimento adequado. De qualquer forma, o melhor atendimento obstétrico dos dias de hoje cria uma excelente chance da grande multípara (mulher com mais de cinco filhos) ter filhos normais e sadios. Em recente pesquisa viu-se que o maior risco depois da quinta gestação é o da gestação múltipla (gêmeos, trigêmeos, quadrigêmeos etc.) e o da trissomia do 21, um distúrbio cromossômico.[1] Desfrute portanto de sua gravidez *e* de sua grande família. Mas tome algumas precauções:

- Considere o teste pré-natal se você tiver mais de 30 anos (não espere até os 35), já que a incidência de filhos com problemas cromossômicos parece aumentar mais rapidamente em mulheres com múltiplas gestações.

- Certifique-se de conseguir toda a ajuda que puder. E deixe de lado as tarefas menos essenciais. Ensine os filhos mais velhos a serem mais autosuficientes (mesmo os pequeninos podem aprender a se vestir, a guardar os brinquedos etc.) A exaustão não convém a nenhuma mulher grávida, sobretudo para aquela que já tem muitos filhos para tomar conta.

- Controle o peso. As mulheres que têm várias gestações costumam ir ganhando uns quilinhos a mais a cada uma delas. Se for esse o seu caso dê atenção à dieta e controle o peso (ver p. 182). O peso em excesso aumenta alguns riscos, sobretudo o do trabalho de parto difícil. Pode também complicar o parto cirúrgico e a recuperação. Por outro lado, não exagere no controle da dieta e certifique-se de estar ganhando peso o suficiente.

- Minimize todos os riscos da gravidez — ver p. 81.

- Dê particular atenção aos sinais que podem significar algum problema durante a gestação, o trabalho de parto ou o puerpério (ver pp. 151 e 429). Uma pesquisa revelou que, embora não haja maior risco da multípara e de seu novo bebê morrerem durante a gravidez e o parto, há maior risco de complicações como apresentação anômala (nádegas etc.), de descolamento prematuro da placenta, rompimento uterino e hemorragia puerperal, além da necessidade de fórceps ou de parto cirúrgico.

A MÃE SOLTEIRA

"Sou solteira, estou grávida, e feliz por isso — mas também um pouco nervosa por entrar nisso sozinha."

Só porque você não tem marido não quer dizer que ficará sozinha durante a gravidez. A espécie de apoio de que você precisa poderá vir de outras fontes que não de um marido. Uma boa amiga ou algum parente com quem tenha intimidade e se sinta bem (a mãe, uma tia, uma sobrinha, uma prima) podem participar e segurar a sua mão, do ponto de vista emocional e físico, por toda a gravidez. Essa pessoa pode, de várias formas, desempenhar o papel do pai durante os nove meses e também depois — acompanhando-a nas consultas de pré-natal e nas aulas sobre o parto, ouvindo-a quando precisar desabafar suas preocupações e temores e também a sua alegre expectativa, ajudando-a a arrumar a casa e a vida para a chegada

[1] Embora, segundo essa pesquisa, ter uma família grande não pareça criar maiores riscos para os bebês, outra pesquisa demonstrou que a cada bebê cresce o risco da mãe desenvolver, mais tarde, diabetes insulino-independente.

do bebê, atuando como instrutor, como ponto de apoio e como intermediário durante o trabalho de parto e o parto.

Talvez você queira ter em mente o seguinte ao ler este livro: as muitas referências ao "marido" e ao "futuro-papai" não foram colocadas para excluir você. Como a maioria de nossas leitoras são de famílias tradicionais, é apenas mais simples usar estes termos consistentemente do que tentar incluir todas as outras possibilidades que existem. Esperamos que você compreenda e que, ao ler o livro, perceba que se destina tanto a você quanto às futuras mamães casadas.

SER MÃE DEPOIS DOS 35

"Tenho 38 anos e fiquei grávida pela primeira vez — e provavelmente pela última. É muito importante para mim que o meu filhinho seja sadio, mas já li sobre os riscos da gravidez após os 35."

Ao engravidar depois dos 35 você estará em boa companhia — e que se desenvolve a cada dia. Embora o número de gestações venha declinando entre as mulheres com 20 anos, tem se elevado rapidamente entre as com mais de 35. Existem casos de mulheres que têm seu primeiro filho ou que iniciam uma segunda família após os 40 ou mesmo 45 anos.

Se você tem mais de 35 anos, porém, sabe que nada na vida se faz com completa isenção de riscos. A gestação, em qualquer idade, é um exemplo. E, embora atualmente os riscos sejam bem pequenos, eles de fato aumentam um pouco com o progredir da idade. A maioria das mães mais velhas, contudo, acha que os benefícios de dar início a uma família no momento certo suplantam sem sombra de dúvida quaisquer riscos. E são encorajadas pelo fato de que as novas descobertas médicas vêm rapidamente reduzindo esses riscos.

O principal risco relativo à reprodução enfrentado por uma mulher na sua faixa etária é não engravidar, devido à fertilidade reduzida. Uma vez superado esse obstáculo e a mulher tendo engravidado, o risco mais comum e notório enfrentado pela mãe de mais idade é o de ter um bebê com a síndrome de Down. Este risco aumenta com a idade: 1 em 10.000 para as mães com 20 anos, cerca de 3 em 1.000 para as mães com 35 anos, e 1 em 100 para as mães com 40 anos. Especula-se que essa e outras anormalidades cromossômicas, não obstante ainda relativamente raras, sejam mais comuns em mulheres com mais idade por causa dos ovócitos que, presentes na totalidade desde o nascimento, são mais antigos também e, por isso, mais expostos a raios X, a medicamentos, a infecções etc. (Sabe-se, contudo, que o ovo nem sempre é responsável por essas anormalidades cromossomiais. Pelo menos 25% dos casos de Down se vinculam a uma falha no esperma do pai. Ver p. 60.)

Embora a síndrome de Down (caracterizada por retardo mental, rosto achatado, obliqüidade dos olhos) não seja passível de prevenção atualmente, pode ser diagnosticada *in utero* através do diagnóstico pré-natal (ver p. 73) como muitas outras afecções genéticas. Esse exame diagnóstico hoje faz parte da rotina de avaliação das gestantes com mais de 35 anos e das que se encontram noutras categorias de alto risco, inclusive das que apresentam baixo teor de alfafetoproteína — AFP (ver p. 78). Muitas vezes, a sonografia apresenta a mesma utilidade (p. 76). Caso se descubra a existência de síndrome de Down ou de outra anormalidade, os pais precisarão decidir com o auxílio do geneticista, do pediatra, do especialista em medicina materno-fetal e de outros profissionais se devem ou não dar prosseguimento à

gravidez.* Para essa decisão convém que os pais saibam que a criança com síndrome de Down tem a possibilidade de uma vida razoável, embora abaixo de um nível ideal. São excepcionalmente amorosas e a grande maioria aprende, com intervenção precoce[2], a tomar conta de si mesmas, inclusive aprendendo a ler e a escrever.

Além do maior risco de síndrome de Down, as mães com mais de 35 têm maior risco de apresentar hipertensão arterial (sobretudo quando ganham muito peso), diabetes e doenças cardiovasculares — doenças comuns nos grupos mais velhos de um modo geral e que costumam ser controladas. São também gestantes mais propensas ao aborto, sobretudo por problemas embrionários que impedem o pleno desenvolvimento do feto. Como as pesquisas são contraditórias, não se sabe se nesse grupo etário o trabalho de parto e o parto são mais prolongados, mais difíceis ou mais complicados. Mesmo que sejam, a diferença entre as gestantes mais novas e mais velhas é pequena. Em algumas mulheres mais velhas, a redução do tônus muscular e da flexibilidade articular pode contribuir para a dificuldade no trabalho de parto, mas em muitas outras, graças a uma excelente condição física decorrente de um estilo de viver mais sadio, isso não é problema.

Apesar dos riscos, que, como veremos, são bem menores do que a maioria supõe, as gestantes com mais idade dos dias de hoje têm muito a seu favor. A ciência médica, por exemplo. A identificação de anomalias congênitas pode ser feita *in utero* através da amniocentese, da amostragem de vilosidades coriônicas, do ultra-som e de outros procedimentos mais recentes (ver Diagnóstico Pré-natal, p. 73). Consegue-se hoje reduzir o risco de anomalia congênita grave a um nível comparável ao das mulheres mais jovens. Certos medicamentos e a supervisão médica diligente podem às vezes interromper o trabalho de parto precoce. A monitorização fetal eletrônica durante o trabalho de parto pode revelar a ocorrência de sofrimento fetal, permitindo que uma série de rápidas manobras protejam o feto de maior trauma.

Por mais bem-sucedidos que sejam esses progressos técnicos na redução do risco gestacional em mulheres com mais de 35, eles quase perdem a importância quando a mãe adota certas condutas para melhorar as suas chances e as de seu bebê — através de exercícios, dieta e um atendimento pré-natal de qualidade. Só a idade reprodutora adiantada não basta para colocar a mãe em grupo de alto risco: só ingressa nessa categoria por um acúmulo de fatores de risco. Quando a gestante forceja por eliminar ou minimizar ao máximo tais fatores, será capaz de descontar muitos anos de seu perfil gestatório — igualando, praticamente, as chances de dar à luz um bebê sadio às de qualquer outra mãe mais jovem. (Ver A Redução dos Riscos em Qualquer Gestação, p. 81.)

E ainda há outras vantagens. Em tese, as mulheres dessa geração — melhor nível educacional (mais da metade já freqüentou a faculdade), muitas trabalham profissionalmente, mais estabilizadas — transformam-se em melhores mães graças à sua maturidade e estabilidade. Por serem mais velhas e por já terem conquistado o seu lugar ao sol, têm menos chance de se ressentirem das exigências criadas pelo bebê. Uma pesquisa mostrou que aceitam melhor a maternidade e mostram mais paciência e outras características que são favoráveis

*A legislação brasileira, completamente anacrônica na questão do aborto provocado, proscreve os abortos terapêuticos, inclusive nos casos de patologia ovular. (*N. do T.*)

[2]Essa intervenção, que abrange o treinamento dos pais e também a exposição diária do bebê a um programa especial, pode ter um efeito extraordinário sobre as crianças com deficiência mental

ao desenvolvimento dos filhos. Embora talvez não estejam no melhor de sua condição física, podem estar distanciadas em relação à idade dos filhos e sentirem mais a mudança do estilo de viver por já estarem melhor assentadas na vida, poucas são as que se arrependem de ter filho. A maioria, com efeito, se sente feliz diante dessa possibilidade.

A IDADE E O TESTE PARA A SÍNDROME DE DOWN

"Tenho 34 anos. Devo ter meu filho dois meses antes de completar os 35. Devo fazer algum exame para saber se meu filho tem a síndrome de Down?"

A probabilidade dessa anomalia não cresce repentinamente para a mulher com 35 anos. O risco aumenta gradualmente dos 20 em diante, com o maior salto ocorrendo na mulher com mais de 40. Portanto, não há resposta científica direta para justificar ou não o diagnóstico pré-natal quando a mulher tem aproximadamente 35 anos. A marca dos 35 anos é arbitrária: foi escolhida pelos médicos na tentativa de identificar o maior número possível de casos de síndrome de Down sem expor as gestantes e os fetos a quaisquer riscos inerentes aos métodos de diagnóstico pré-natal. Alguns recomendam esse diagnóstico em mulheres que completam 35 anos durante a gestação, outros não.

Em muitos casos, o médico sugere fazer a dosagem de AFP (ver p. 78) em primeiro lugar, antes da mulher com menos de 35 anos submeter-se à amniocentese. O baixo teor dessa proteína no sangue aponta para a possibilidade, não a probabilidade, de síndrome de Down fetal, justificando a amniocentese a seguir. Embora o teste não permita a identificação de todos os casos, é útil recurso para a triagem dos casos possíveis. Caso o resultado seja normal, por outro lado, a amniocentese deixa de ser prova essencial — desde que não haja outras indicações para ela exceto a idade da gestante. Convém discutir as opções e as preocupações com o médico ou com o geneticista se for o caso.

A IDADE DO PAI

"Só tenho 31 anos, mas meu marido tem mais de 50. A idade paterna adiantada traz riscos para o bebê?"

Durante grande parte da nossa história, acreditou-se que a responsabilidade do pai no processo reprodutor se limitava à fertilização. Foi só no século atual (tarde demais para evitar que algumas rainhas fossem degoladas por não gerarem um herdeiro homem) que se descobriu que é no esperma do pai que se acha o elemento genético que determina o sexo da criança. E somente nos últimos anos é que se começou a verificar a hipótese de que talvez o esperma do pai de mais idade possa contribuir para certas anomalias congênitas como a síndrome de Down. Como os ovócitos da mulher de mais idade, os gametas primários do pai de mais idade (esperma não-desenvolvido) apresentam uma maior exposição aos riscos do meio ambiente e podem, em tese, conter genes ou cromossomas alterados ou lesados. E das poucas pesquisas que se têm feito, provém alguma evidência de que aproximadamente em 25% a 30% dos casos de síndrome de Down a falha cromossomial proveio do pai. Parece existir também um maior risco da síndrome quando o pai tem mais de 50 anos (ou mais de 55, dependendo da pesquisa), embora a associação estatística seja mais fraca do que no caso da idade materna.

Mas as evidências continuam inconclusivas, sobretudo em virtude da insuficiência das pesquisas existentes. A elaboração de pesquisas em grande es-

cala, mais conclusivas, se revela difícil por dois motivos. Em primeiro lugar, a síndrome de Down é relativamente rara (cerca de 1 ou 2 casos em 1.000 nascidos vivos). Em segundo lugar, na maioria dos casos, ambos os pais são de mais idade, tornando complicado o esclarecimento do papel independente da idade paterna.

Portanto, se a idade paterna adiantada pode ou não ser vinculada à síndrome de Down e a outras anomalias congênitas é questão, em grande medida, sem resposta. Os especialistas acreditam na existência de alguma provável ligação (embora não se saiba em que idade tenha início), mas o risco há de ser certamente muito pequeno. Por ora, os especialistas em aconselhamento genético não recomendam a amniocentese com base exclusivamente na idade paterna. Se, contudo, a leitora for passar o resto da gestação se preocupando com os possíveis — mas improváveis — efeitos desse fator sobre o seu bebê, recomendamos discutir o assunto com o obstetra para ver se há justificativa para a amniocentese.

INSEMINAÇÃO ARTIFICIAL ("BEBÊ DE PROVETA")

"Estou esperando um filho graças à inseminação artificial. Será que tenho chance de ter um bebê tão sadio quanto o das outras gestantes?"

A inseminação artificial, feita em laboratório, não modifica a probabilidade da gestação de um bebê sadio: essa probabilidade é a mesma do bebê gerado na cama.[3] Pesquisas recentes mostram que se todos os outros fatores forem iguais — idade, exposição a DES, número de fetos (gravidez gemelar), por exemplo —, não há aumento significativo de complicações como prematuridade, hipertensão durante a gravidez, trabalho de parto prolongado, complicações no parto ou necessidade de parto cirúrgico. Nem parece aumentar a probabilidade do bebê nascer com anomalias. O que há é um ligeiro aumento do índice de aborto espontâneo, embora talvez esse aumento se deva à minuciosa observação e monitorização da gestante que engravidou dessa forma: são logo identificados todos os casos de aborto. Isso, evidentemente, não ocorre na população geral. Nessa, muitos casos de aborto espontâneo ocorrem e passam despercebidos ou não são notificados.

No princípio, contudo, existem algumas diferenças entre a gestação desse tipo e as demais. As primeiras seis semanas costumam gerar muito mais apreensão, muito mais ansiedade: o teste positivo não necessariamente significa que a gestação está em andamento; as diversas tentativas podem significar grande sobrecarga emocional e financeira para o casal; e não se sabe de imediato quantos dos embriões em tubos de ensaio vão se desenvolver e transformar-se em fetos. Mais: se a gestante abortou em tentativas prévias, poderá ter de restringir as relações sexuais e outras atividades físicas; talvez até seja obrigada a fazer repouso absoluto na cama. Durante os primeiros dois meses talvez tenha também de fazer uso de progesterona para ajudar a gestação incipiente. Passada essa fase, porém, a gravidez deverá transcorrer como qualquer outra — exceto quando é gemelar, como costuma ocorrer em 5% a 25% desses casos. Em caso de gêmeos, consulte p. 179.

Como as outras gestantes, além de tudo isso, a gestante que lançou mão da inseminação artificial pode melhorar bastante a probabilidade de ter um filho saudável através da assistência médica

[3] Embora se disponha de menor número de informações sobre a GIFT (Transferência de Gametas Intrafalopiana) e a inseminação intratubária, presume-se que para os bebês concebidos por esses novos métodos o quadro seja muito semelhante.

diligente, da boa dieta, do ganho de peso moderado, do devido equilíbrio entre o repouso e os exercícios, e da renúncia a certos hábitos: de beber (bebidas alcoólicas), de fumar e de fazer uso de medicamentos sem receita médica. Ver p. 81 para algumas dicas sobre a redução dos riscos gestacionais.

PARA QUEM VIVE EM GRANDES ALTITUDES

"Será que o fato de morar em grande altitude causa problemas durante a gravidez?"

Desde que já se esteja habituado a respirar o ar menos denso das grandes altitudes, a chance de ter problemas não será a mesma da gestante que, depois de morar trinta anos ao nível do mar, acaba de se mudar para lá. As mulheres que residem nessas cidades exibem de fato uma probabilidade um *pouquinho* maior de certas complicações, tais como hipertensão e retenção hídrica, baixo peso do feto ao nascer (ou seja, pequeno para a idade gestacional) etc. Entretanto, com a devida assistência pré-natal e com os devidos cuidados que dispensar a si mesma (dieta ideal, ganho ponderal adequado, abstenção de álcool e de outros medicamentos e de outras drogas), a gestante conseguirá minimizar bastante esse maior risco. O mesmo se deve dizer com relação ao hábito de fumar: o da gestante e o de qualquer outra pessoa. O fumo, que priva o feto de oxigênio e que interfere com o seu bom desenvolvimento em qualquer altitude, parece ter efeito ainda mais prejudicial nessa situação: chega a duplicar a redução do peso médio do feto ao nascer. Os exercícios extenuantes também podem privar o feto de oxigênio, sendo recomendado às gestantes que moram a grandes altitudes que dêem preferência à marcha rápida e não ao *jogging*, por exemplo, e que a interrompam (conselho aliás que vale para todas as gestantes) antes de chegarem à exaustão.

Embora se deva conseguir uma boa gestação sem maiores problemas em localidades situadas a grandes altitudes, as mulheres que não estão habituadas à atmosfera menos densa podem encontrar sérias dificuldades. Alguns médicos recomendam adiar as viagens ou visitas a tais localidades (ver p. 216) até depois do parto

AS OBJEÇÕES RELIGIOSAS À ASSISTÊNCIA MÉDICA

"A minha religião me impede de recorrer ao atendimento médico. Sobretudo durante a gravidez, que é um processo natural. Meus parentes porém insistem que minha atitude é perigosa."

Eles estão certos. Numa pesquisa demonstrou-se que as gestantes que recusam o atendimento médico por motivos religiosos têm uma probabilidade 100 vezes maior de morrer durante o parto em relação às mulheres que recorrem a esse atendimento. Além disso, a probabilidade de morte do feto ao parto é três vezes maior. É preciso decidir se convém assumir esses riscos por conta própria. Você está disposta a assumir legalmente esses riscos caso algum problema fetal pudesse ter sido evitado pelo tratamento obstétrico? Há tribunais nos EUA que consideram a mãe responsável quando o comportamento desta tem possibilidade de causar lesão ou prejuízo ao feto gerado.

As pessoas que vêem nessa atitude uma atitude perigosa não estarão provavelmente insinuando que os princípios religiosos não sejam importantes. É a vida humana que está em jogo, não um princípio religioso. E é a vida humana de duas pessoas, da gestante e do bebê, principalmente.

Por fim, convém saber que pratica-

mente todas as doutrinas religiosas são perfeitamente compatíveis com o atendimento obstétrico seguro e de boa qualidade. Recomendamos à gestante discutir o assunto com três médicos, por exemplo. É bem possível que encontre algum disposto a adaptar-se com segurança às suas convicções religiosas.

INCOMPATIBILIDADE RH

"O médico me disse que sou Rh negativo e meu marido, Rh positivo. Disse-me para não me preocupar, mas minha mãe perdeu seu segundo filho por causa da doença Rh."

Todos os seres humanos herdam um tipo de sangue que será Rh positivo (fator Rh dominante) ou negativo (ausência do fator). O teste do fator Rh é obrigatório em todas as gestantes no início da gravidez. Se uma mulher tem Rh positivo (85% dos casos) ou se ambos o têm, ela e o marido são negativos, não há motivo para maiores preocupações. Se, no entanto, a mulher é Rh negativo e o marido positivo, então todas as gestações devem ser conduzidas sob estrita vigilância obstétrica.

Na época da sua mãe, a incompatibilidade Rh era de fato um problema gravíssimo. No entanto, graças aos progressos da medicina, sua preocupação em perder o bebê devido a essa condição não mais se justifica.

Em primeiro lugar, sendo essa a sua primeira gestação, pouca ameaça há ao bebê. O problema só se manifesta quando o fator Rh adentra a circulação materna, de Rh negativo, durante o parto (aborto espontâneo ou não) de uma criança que tenha herdado o fator Rh do pai. O organismo da mãe, ao reagir imunologicamente à substância "estranha", desenvolve anticorpos contra esta. Os anticorpos, em si, são inócuos, até que ela engravide novamente. Se o próximo bebê for Rh positivo, os anticorpos maternos poderão atravessar a placenta e chegar ao feto, onde vão atacar as hemácias fetais. O fenômeno pode causar uma anemia no concepto, de intensidade muito leve (se os níveis de anticorpos da mãe forem baixos) ou muito grave (se os níveis forem altos). Apenas em ocasiões muito raras, os anticorpos podem se formar nas primeiras gestações, em reação ao sangue fetal que extravasa da placenta para o sistema circulatório materno.

Hoje, a prevenção do desenvolvimento de anticorpos Rh é o segredo para proteger o feto quando há incompatibilidade do fator. Alguns médicos fazem um duplo cerco ao problema. Na 28ª semana, a gestante Rh negativa que não exibe anticorpos no sangue recebe uma dose de imunoglobulina Rh. Ministra-se outra dose dentro de 72 horas após o parto, se o bebê for Rh positivo. (A vacina também é administrada depois de aborto, espontâneo ou provocado, de amniocentese ou de hemorragia durante a gravidez.) Ao ministrar-se agora a imunoglobulina conforme necessário se estará eliminando sérios problemas em gestações futuras.

Se as provas mostrarem que a mulher desenvolveu anticorpos Rh pregressamente, pode-se usar da amniocentese (ver p. 74) para verificação do tipo de sangue do concepto. Se for Rh positivo, e portanto incompatível com o da mãe, acompanha-se regularmente o nível de anticorpos da mãe. Se os níveis se mostrarem perigosamente elevados, se fará uma série de exames para avaliar a condição fetal. Se algum desses exames indicar ameaça ao feto, apontando para o desenvolvimento de eritroblastose fetal (também conhecida como doença hemolítica ou Rh), talvez se faça necessária uma transfusão de sangue Rh negativo. Em caso de grave incompatibilidade, o que é raro, a transfusão fetal poderá ser feita ainda *in utero*. O mais comum é a espera até imediatamente após o parto. Nos casos leves, quando é baixo o nível

de anticorpos, pode não haver necessidade de transfusão. Os médicos, contudo, estarão de prontidão para a transfusão ao parto, se houver necessidade.

O uso das vacinas Rh tem reduzido a necessidade de transfusão, nesses casos de incompatibilidade Rh, para menos de 1%. Talvez no futuro esse recurso transfusional heróico venha a se transformar num milagre médico do passado.

OBESIDADE

"Já estou com um excesso de peso de uns 30 quilos. Será que estou colocando a minha gestação e meu filho em risco?"

As gestantes obesas, na grande maioria, junto a seus filhos, atravessam todo o ciclo gestatório e o parto sem maiores problemas. Mesmo assim, os riscos aumentam na proporção do excesso de quilos adquiridos: e isso não só durante a gravidez. O risco de hipertensão e de diabetes, por exemplo, aumenta quando se está obesa. Essas duas condições podem complicar a gestação (sob a forma de pré-eclâmpsia e de diabetes gestacional). Pode também ser difícil de aferir com exatidão a data provável do parto: a ovulação exibe muitas vezes grande variação em obesas. Além disso, certos parâmetros tradicionais para avaliação da data (a altura do fundo uterino, o tamanho do útero) podem ser indecifráveis em virtude das várias camadas de gordura. O abdome com excesso de gordura pode também impossibilitar ao médico a devida avaliação do tamanho e da posição fetal pela palpação, fazendo-se por vezes necessária a avaliação com recursos tecnológicos para que se evitem surpresas durante o parto. Se o feto for muito maior do que a média poderão ainda surgir dificuldades durante o parto, fenômeno comum em mães obesas (mesmo nas obesas que não comem em demasia durante a gestação). Por fim, talvez haja necessidade de parto cirúrgico que será dificultado pelo volume do tecido subcutâneo abdominal (dificuldade existente durante o ato cirúrgico e durante a recuperação da operação).

O atendimento obstétrico de alta qualidade, como se dá com outras gestações de alto risco, pode favorecer bastante a condição da gestante obesa e do feto. É bem possível que você seja submetida, desde o início, a um maior número de exames do que as gestantes de baixo risco: ultra-sonografia precoce para determinar com mais exatidão a data provável do parto e o mesmo exame, em fase posterior, para determinar o tamanho e a posição do bebê. Será necessário pelo menos um teste de tolerância à glicose ou de triagem para diabetes gestacional, provavelmente no final do segundo trimestre, para ver se você está ou não desenvolvendo sinais de diabetes. Além disso, ao fim da gestação, várias outras provas diagnósticas poderão ser feitas para monitorizar a condição do bebê.

Os cuidados consigo mesma também serão importantes. O médico recomendará a abstinência do cigarro e a redução de todos os demais riscos que se acham dentro do controle da gestante (ver p. 81). A dieta é importante: é preciso evitar o ganho excessivo de peso. Na maioria das ocasiões, as gestantes obesas podem ganhar menos do que os 12 a 15 quilos recomendados durante a gravidez sem interferir de forma adversa no peso ou na saúde do feto.[4] Entretanto, essa dieta de menor conteúdo calórico não deverá situar-se abaixo das 1.800 calorias e deverá basear-se em alimentos ricos em vitaminas, sais minerais e

[4] As definições variam, mas em geral uma mulher é considerada obesa se o seu peso estiver 120% acima do peso ideal, sendo que essa porcentagem na obesidade extrema é de 150%. Assim, uma mulher que devesse pesar 50 quilos está obesa quando pesa 60 e é muito obesa quando pesa 75 quilos.

proteína (ver a Dieta Ideal, p. 109). Cada refeição e cada mordida são particularmente importantes nesses casos. Também importante é a suplementação de vitaminas e de sais minerais. Os exercícios praticados de forma regular, dentro das diretrizes recomendadas pelo obstetra, ajudam a gestante a manter o ganho de peso dentro de limites razoáveis sem que seja necessário reduzir drasticamente a ingesta alimentar.

Para a próxima gestação, caso você esteja planejando outra, tente manter-se o mais perto possível de seu peso ideal, *antes* da concepção. A gestação terá evolução mais tranqüila.

HERPES

"Ansiava por um teste positivo de gravidez, mas, agora que engravidei, estou apavorada, pois tenho herpes genital."

Com a notável exceção da AIDS (síndrome da imunodeficiência adquirida), o herpes ultimamente tem conquistado uma duvidosa distinção: das doenças sexualmente transmissíveis, é a que mais tem aparecido nos jornais e revistas com manchetes alarmantes. E os artigos mostram que o contágio não se limita aos adultos através do ato sexual: os bebês são também atingidos ao atravessarem o canal do parto infectado. Embora a doença só possa trazer alguns aborrecimentos para os adultos, para os recém-nascidos pode se tornar grave em virtude da imaturidade de seu sistema imunológico.

Decerto se justifica a preocupação, mas, apesar do alarde das manchetes, a histeria não. Em primeiro lugar, a infecção neonatal é bastante rara — a incidência oscila entre 1 em 3.000 e 1 em 20.000 partos. Em segundo lugar, embora ainda seja bastante grave, parece que hoje é mais branda nos recém-nascidos que a contraem do que antigamente. Terceiro, se a mãe tiver herpes genital recidivante durante a gestação (a forma mais comum da infecção em relação à infecção primária) a probabilidade de infectar o feto é de apenas 2% a 3%. Mesmo entre os bebês de maior risco, as gestantes que têm o surto herpético primário ao se aproximar o parto só expõem os filhos a um risco de 30% a 40% (60% a 75% deles escapam da infecção). E embora a infecção primária na gravidez incipiente aumente o risco de aborto espontâneo ou de parto prematuro, a infecção dessa natureza é relativamente rara.

Assim, se você contraiu o herpes antes da gestação, o que é o mais provável, não fique muito preocupada: o risco do bebê é pequeno. Com o devido diagnóstico e com o correto tratamento médico, esse risco pode ser reduzido ainda mais.

A melhor forma de prevenir a maioria das infecções herpéticas em recém-nascidos seria através da triagem da doença em todas as gestantes antes do parto. Aquelas que apresentassem teste positivo seriam então submetidas a parto cirúrgico, que reduz enormemente a chance de contaminação do bebê. Mas não se dispõe de um exame de triagem de baixo custo; tal exame só costuma ser feito em mulheres com história clínica de infecção herpética.

Muitos médicos só fazem o teste quando a gestante desenvolve as lesões genitais perto da data do parto. Se a cultura for positiva, repete-se o exame no prazo de uma semana para que, quando tiver início o trabalho de parto, se saiba se a infecção ainda está em atividade.[*]

Se a cultura mais recente for positiva, ou principalmente se as lesões herpéticas estiverem presentes ao ter início o trabalho de parto ou por ocasião da ruptura da bolsa d'água, costuma-se indicar o

[*]Como as drogas antivirais ainda não foram aprovadas no Estados Unidos para uso na gravidez, o seu uso naquele país é reservado para as situações em que há risco de vida.

Sinais e Sintomas do Herpes Genital

Como é por ocasião da infecção primária que há maior probabilidade de transmissão herpética ao feto, o obstetra deverá ser informado da existência ou não dos seguintes sintomas: febre, cefaléia, mal-estar, dores por um ou dois dias, acompanhados de dor genital, de prurido genital, de dor à micção, de secreção vaginal ou uretral e de dor à palpação da virilha (adenopatia inguinal), além das lesões características: pequenas vesículas que acabam apresentando crostas. A cura em geral se dá ao prazo de duas a três semanas, fase em que a doença pode ser transmitida.

Se você tiver herpes genital, cuide para não transmiti-lo ao companheiro (que também deverá ter cuidado se tiver a infecção). Evite as relações sexuais enquanto apresentar lesões; lave bem as mãos com água e sabão após usar o toalete; tome banho diariamente; mantenha as lesões limpas, secas e recobertas por maisena (em pó); e use calcinha de algodão, evitando o uso de roupas apertadas e que causem atrito na região atingida.

parto cirúrgico. Por causa do pequeno risco de contaminação fetal depois da eliminação da bolsa, a cesariana costuma ser realizada quatro a seis horas depois do rompimento das membranas, exceto se o feto não tiver maturidade o suficiente para o parto imediato.

Os recém-nascidos em risco de infecção herpética costumam ficar isolados de outros recém-nascidos para prevenção de possível disseminação do processo infeccioso. No caso improvável da infecção ocorrer, o tratamento com agentes antivirais permitirá reduzir o risco de lesão permanente. Se a mãe apresentar infecção em atividade, poderá mesmo assim cuidar do bebê e amamentar se tomar certas precauções para evitar a transmissão do vírus.

OUTRAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DST)

"Ouvi dizer que o herpes pode ser perigoso para o feto. Isso é verdade em relação às outras doenças sexualmente transmissíveis?"

A má notícia: sim, há outras DST que representam risco para o feto. A boa notícia: a maioria é de fácil diagnóstico e tratamento.

Gonorréia. Sabe-se há muito tempo que a gonorréia causa conjuntivite, cegueira e grave infecção generalizada no feto que passa pelo canal do parto infectado. Por esse motivo, recomenda-se a pesquisa laboratorial da doença em todas as gestantes, em geral na primeira consulta no pré-natal (ver p. 134). Particularmente em gestantes com alto risco de doença sexualmente transmissível, às vezes o exame é repetido ao fim da gestação. Constatada a presença da doença, impõe-se o tratamento imediato com antibióticos. Ao término do tratamento, providencia-se outra cultura para certificar-se a cura. Toma-se ainda uma precaução extra: colocam-se gotas de nitrato de prata ou pomada de antibiótico nos olhos do recém-nascido logo ao nascimento. (Essa conduta pode aguardar até uma hora depois do parto — porém não mais — caso você queira manter um contato visual com o bebê, antes de mais nada.

Sífilis. Há muito tempo que já se reconhece na sífilis a causa de deformidades ósseas e dentárias do feto, além de lesões progressivas do sistema nervoso, de natimortalidade e de lesões cerebrais. O exame que permite diagnosticar a doença é rotina na primeira consulta do pré-natal. A antibioticoterapia da gestante infectada antes do quarto mês, ocasião

em que o processo começa a cruzar a barreira placentária, quase sempre evita as lesões fetais.

Clamídia. Reconhecida recentemente como agressora fetal em potencial, a infecção por clamídia é hoje de maior notificação do que a gonorréia nos Estados Unidos. É a infecção mais comum das transmitidas pela gestante ao feto — fato que justifica a triagem diagnóstica da doença em todas as gestantes, sobretudo nas que mantiveram múltiplos parceiros sexuais no passado (comportamento que aumenta o risco da infecção). Já que metade das mulheres com essa infecção é assintomática, muitas vezes a doença passa despercebida (quando não se faz o teste diagnóstico).

O tratamento imediato do processo antes ou durante a gestação permite a prevenção da doença ao feto durante a passagem pelo canal do parto (pneumonia, que costuma felizmente ser branda, e infecções oculares, que de vez em quando são de maior gravidade). Embora o melhor fosse tratar a doença antes da concepção, o tratamento da gestante também previne a transmissão fetal. O uso de pomada de antibiótico ao parto protege o recém-nascido das infecções oculares.

Vaginite inespecífica. Também conhecida como vaginite por Gardnerella, a vaginite inespecífica pode causar complicações gestacionais, como, por exemplo, a ruptura prematura das membranas e a infecção intra-amniótica, que podem levar a trabalho de parto prematuro. Alguns especialistas acreditam que as gestantes devem ser submetidas à triagem diagnóstica, incluindo a doença no rol das que são pesquisadas por ocasião da primeira consulta.

Verrugas venéreas, ou genitais. As verrugas sexualmente transmitidas podem surgir em qualquer localização na região genital. São causadas pelo vírus do papiloma humano. Exibem características variáveis: desde a lesão que mal é visível à nítida verruga, macia, aveludada e plana ou à que exibe aspecto de couve-flor. Também variam de cor: desde a tonalidade pálida à escuro-avermelhada. Altamente contagiosas, as verrugas são de tratamento particularmente relevante, não só porque podem ser transmitidas ao bebê ou mesmo impedir o parto, como também porque 5% a 15% dos casos evoluem para a inflamação cervical que por seu turno progride para o câncer do colo uterino. O tratamento em geral é tópico e deve ser prescrito pelo médico — não fazer uso de remédios contra as verrugas venéreas vendidos sem receita médica. Se houver necessidade, as maiores podem ser removidas no final da gravidez por congelamento, por termocauterização ou por terapia a *laser*.

AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida). A infecção pelo vírus HIV durante a gestação, além de ser ameaça à gestante, é também ameaça ao feto. Uma grande proporção (a estatística oscila entre 20% a 65%) dos recém-nascidos de mães aidéticas (identificadas pela positividade sorológica) desenvolve a infecção nos primeiros seis meses. Suspeita-se que a própria gestação talvez acelere o progresso da doença na mãe. Por essas razões, algumas mulheres infectadas preferem dar fim à gestação. Antes de tomar qualquer atitude, porém, em caso de positividade deve-se repetir o teste sorológico (não é exato e às vezes pode ser positivo em quem não tem a doença)[6]. Se o segundo teste for positivo, o aconselhamento formal e as diversas opções terapêuticas passam a ser mandatórios, embora não se saiba se o tratamento da gestante vai prevenir a

[6]Ocasionalmente, uma mulher que teve vários filhos apresentará teste falso-positivo para o HIV. Se você tiver família grande e o teste for positivo, discuta essa possibilidade com o médico.

doença fetal. Talvez convenha informar-se sobre novas condutas experimentais no tratamento de gestantes com AIDS.

Se você suspeitar de ter contraído qualquer doença sexualmente transmissível, verifique com o médico se fez o teste que permita identificar a doença. Se ainda não o fez, peça para fazê-lo. Se o resultado for positivo, cuide para seguir o devido tratamento (seu e do parceiro, se necessário). O tratamento protege a saúde da gestante e também a do bebê.

MEDO DE CONTRAIR AIDS

"Tanto eu quanto meu marido tivemos vários parceiros antes de nos encontrarmos. Sei que a AIDS às vezes não se manifesta durante anos e não consigo me ver livre do medo de tê-la contraído e de transmiti-la a meu bebê."

Mesmo que os dois tenham tido múltiplos parceiros, o risco de terem contraído AIDS é pequeno, caso nenhum de vocês dois se encontre em grupo de alto risco (hemofílicos, uso de drogas injetáveis, ou que tiveram relações sexuais com parceiros bissexuais ou com homossexuais masculinos ou ainda com usuários de drogas injetáveis). Mas se isso não lhe basta para afastar o medo, ou se o medo está começando a virar um problema sério durante a gestação, converse com o médico. Considere a possibilidade de fazer um teste de AIDS.

"Fiquei surpresa quando o médico me perguntou se eu queria fazer um teste de AIDS — eu não acho que esteja em grupo de alto risco."

A conduta desse médico vem se tornando cada vez mais comum. O médico pergunta à gestante se gostaria de fazer o teste, tenha ela ou não história pregressa de comportamento de risco. Por isso, não se ofenda. Alegre-se: o médico se preocupa com a sua saúde e lhe oferece a oportunidade de fazer o teste.

HEPATITE B

"Sou portadora de hepatite B e acabo de saber que estou grávida. Será que vou prejudicar o meu filho?"

Saber que você é portadora de hepatite B é a primeira etapa para evitar que a condição venha a prejudicar o bebê. Embora o filho de portadora (a que possui determinado antígeno) exiba risco elevado de infecção, o tratamento nas primeiras 12 horas depois do parto com vacina da hepatite B e com imunoglobulina quase sempre previne essa infecção. Informe portanto ao obstetra da sua condição de portadora para que ele determine até que ponto você é capaz de transmitir a doença e para que o bebê seja tratado, se necessário. Para outras informações sobre as hepatites, consultar p. 363.

DIU AINDA IMPLANTADO

"Uso DIU há dois anos e agora descobri que estou grávida. Será possível levar a gestação até o fim?"

Engravidar durante o uso de meios anticoncepcionais é sempre um pouco perturbador, mas acontece. As chances de acontecer com o DIU são de 1-5 em 100, dependendo do tipo de dispositivo usado e da inserção correta. A mulher que concebe em uso de DIU e não quer interromper a gravidez tem duas opções — que devem ser logo discutidas com o médico: deixar o dispositivo no lugar ou removê-lo. Para saber qual das duas opções preferir vai depender se o cordão para removê-lo está visível ou não na cérvice. Se não estiver visível, é muito boa a chance da gravidez evoluir sem problemas com o DIU no lugar. Este simples-

nente será empurrado de encontro à parede uterina pelo saco amniótico em expansão que circunda o bebê. Durante o parto, costuma ser eliminado junto com a placenta. Se no entanto o cordão for visível já no início da gravidez, as chances de uma gravidez mais segura são maiores se for removido tão logo possível, depois de confirmada a concepção. Se não for removido, há uma significativa probabilidade de aborto espontâneo; ao ser removido, esse risco é de apenas 20%. Se isso não a tranqüiliza, lembre-se de que o risco de abortamento em todas as gestações conhecidas é de aproximadamente 15% a 20%.

Prosseguindo com a gestação mantendo o DIU no lugar, cumpre estar alerta, durante o primeiro trimestre, para certos sinais — sangramento, cólicas, febre —, porque o dispositivo aumenta o risco de complicações gestacionais precoces. (Ver Gravidez Ectópica, p. 142, O Aborto Espontâneo, p. 144.) Cumpre notificar imediatamente o obstetra desses sintomas.

AS PÍLULAS ANTICONCEPCIONAIS NA GESTAÇÃO

"Engravidei mesmo tomando pílula. E continuei tomando por um mês porque não sabia que estava grávida. Agora estou preocupada com o efeito que isso pode ter tido sobre o meu bebê."

O ideal seria que você tivesse interrompido o uso de anticoncepcional três meses antes de engravidar, ou pelo menos dois ciclos menstruais completos antes. Mas a concepção nem sempre espera pelas condições ideais e, às vezes, a mulher engravida mesmo tomando a pílula. A despeito dos avisos que você possa ter lido na bula do remédio, não há motivo para alarme. Do prisma estatístico, é muito pequeno o risco de certos tipos de anomalia fetal quando a gestante concebeu nessas circunstâncias. A discussão sobre o assunto com o obstetra permitirá afastar os receios.

ESPERMICIDAS

"Concebi, mesmo usando espermicida com diafragma, e tornei a usá-lo várias vezes antes de saber que estava grávida. A substância pode ter afetado o esperma antes da concepção, ou o embrião depois dela?"

Estima-se que cerca de 300.000 a 600.000 mulheres usavam espermicida por ocasião da concepção e nas primeiras semanas de gestação, antes de saberem que estavam grávidas. Assim, os possíveis efeitos dos espermicidas durante esse período são de grande interesse para muitas gestantes e para as que vão escolher um método contraceptivo.

Felizmente, o que se verificou até agora é alentador. O elo entre o uso de espermicidas e a incidência de certas anomalias congênitas, especificamente a síndrome de Down e algumas deformidades dos membros, é tênue e especulativo. Pesquisas mais recentes e mais convincentes não revelam o aumento da incidência de tais defeitos, mesmo com o uso contínuo de espermicidas no início da gravidez. Assim, consoante as melhores informações existentes, a leitora, se for esse o seu caso, e as demais 299.999 a 599.999 futuras mamães podem relaxar — parece que não há nada para se preocupar.

Talvez convenha, porém, adotar um meio contraceptivo diverso e talvez mais seguro, no futuro. E como qualquer substância química a que se expõe o feto ou o embrião é suspeita, se você continuar a usar o espermicida, talvez deva abandoná-lo antes de engravidar novamente — presumindo-se que a próxima gravidez será planejada.

PROVERA

"No mês passado o médico me deu Provera para que a minha regra viesse. Descobri que estava grávida. A bula dizia que as gestantes nunca devem usar o remédio. Será que o bebê vai ser normal? Devo considerar o aborto?"

Tomar progesterona (no caso, Provera) durante a gravidez, embora não seja recomendável, não justifica um aborto — o que lhe dirá o obstetra, provavelmente. Nem é motivo para preocupação. O que está na bula não visa tão-somente à sua proteção, mas à do laboratório que produziu o remédio: os laboratórios se protegem das ações judiciais. De fato, algumas pesquisas apontam para um risco de 1:1.000 de certas anomalias congênitas em embrião ou feto exposto à Provera, mas esse risco só está um pouco acima do que se observa para as mesmas anomalias em qualquer outra gestação.

Não se tem certeza de que Provera cause ou não anomalias congênitas. Alguns médicos que a prescrevem para impedir o abortamento acham que só *parece* que o medicamento cause anomalias — ajudando por vezes a gestante a manter uma gravidez difícil, pois do contrário abortaria. É provável que sejam necessários ainda muitos anos de pesquisa em milhares e milhares de gestantes para que se determinem definitivamente seus efeitos, caso existam, sobre o feto (das progesteronas em geral). Pelo que se sabe atualmente, se a Provera é de fato teratogênica (substância que pode causar danos ao embrião ou feto), há de ser um dos mais fracos (ver A Sorte do Bebê, p. 105). Risque esse item da sua lista de preocupações.

DIETILESTILBESTROL (DES)

"Minha mãe tomou esse remédio quando me esperava. Será que isso pode afetar a minha gravidez ou o meu bebê de algum modo?"

Antes que se soubesse dos perigos em usar estrogênios sintéticos (como o dietilestilbestrol) para prevenir o abortamento, mais de um milhão de gestantes os tomou. Agora que suas filhas, muitas com anomalias estruturais do aparelho reprodutor desde o nascimento (na grande maioria sem maior significado ginecológico ou obstétrico), estão em idade reprodutora, preocupam-se estas com os possíveis efeitos de sua exposição aos estrogênios sobre a gestação. Felizmente, tais efeitos parecem ser mínimos para a maior parte das mulheres — avalia-se que pelo menos 80% das que foram expostas à droga são capazes de ter filhos.

As mulheres com as anormalidades mais acentuadas, contudo, parecem exibir maior risco de certos problemas gestacionais: gravidez ectópica (provavelmente por causa de malformação das trompas de Falópio), aborto espontâneo no segundo trimestre e parto prematuro (em geral por enfraquecimento ou insuficiência cervical, já que a cérvice, pelo peso do feto em crescimento, poderá se abrir prematuramente). Em virtude dos riscos envolvidos em todas essas complicações, é importante que você aconselhe o seu médico da exposição ao DES.[1] Também é importante que você tenha conhecimento dos sintomas dessas complicações. Caso ocorram, notifique imediatamente o médico. Quando se suspeita de insuficiência cervical, será tomada uma de duas condutas. Ou se pro-

[1] Em virtude do risco de complicações na gravidez, discreto porém real, as mulheres expostas ao dietilestilbestrol devem ser acompanhadas pelo obstetra durante toda a gestação.

videnciará o fechamento por sutura (pontos) em torno da cérvice entre a 12ª e a 16ª semana de gestação, ou se fará o exame regular da cérvice para identificação precoce de sinais de abertura prematura. Quando são identificados tais sinais, nova conduta será tomada para prevenir o parto prematuro.

PROBLEMAS GENÉTICOS

"Fico achando que talvez tenha algum problema genético e não saiba. Será que devo procurar aconselhamento genético?"

É provável que tragamos conosco um ou mais de um gene deletério, capaz de causar distúrbios genéticos de maior ou menor gravidade. Felizmente, porém, como muitos deles (doença de Tay-Sachs, fibrose cística, entre outros) requerem para sua manifestação a combinação com um outro, o do pai, em mesma localização, raramente atingem os nossos filhos. Um dos pais (ou ambos) pode se submeter a exame para identificação de alguns desses distúrbios antes ou durante a gestação. O exame, contudo, só tem sentido se houver possibilidade de manifestação acima da média de ambos os progenitores serem portadores daquela afecção particular. A indicação muitas vezes decorre da origem étnica ou geográfica. Os casais judeus, por exemplo, cujas famílias são oriundas da Europa Ocidental, apresentam maior risco da doença de Tay-Sachs. (Na maioria dos casos, o médico recomenda a um dos cônjuges fazer o exame; o outro só o fará, necessariamente, se o do primeiro for positivo.) De forma semelhante, os casais negros apresentam risco de traço falcêmico (anemia falciforme) e devem fazer o exame.

As doenças que podem ser transmitidas através de um único gene de um só portador (hemofilia, por exemplo) ou só por um dos pais afetado (coréia de Huntington) costumam já ter sido identificadas na família, mas podem não ser do conhecimento de todos. Eis por que é importante manter o histórico das condições de saúde da família.

Na maioria dos casos, entretanto, é baixo o risco de transmissão dos problemas genéticos e raramente se necessita do aconselhamento. Em muitos casos, o obstetra conversará com o casal a respeito das questões genéticas mais comuns, encaminhando ao geneticista ou subespecialista em medicina materno-fetal só os que dele de fato precisam:

- Os casais em que ambos apresentam positividade no exame, sendo portadores de afecção genética.
- Os pais que já tiveram um ou mais filhos com anomalias genéticas.
- Os casais que têm conhecimento de alguma anormalidade hereditária num ramo de suas famílias. Em alguns casos, como ocorre em certas talassemias (anemias hereditárias comuns em pessoas de origem mediterrânea), a investigação genética (DNA) dos pais facilita a interpretação do teste fetal feito posteriormente.
- Casais em que um dos cônjuges tem anomalia congênita (cardiopatia congênita, por exemplo).
- Gestantes em que se descobriu exame de triagem positivo (para pesquisa de anomalias fetais).
- Os casais formados por pessoas com íntimos laços consangüíneos, pois nestes é maior o risco de problemas hereditários na prole (em primos de primeiro grau o risco é de 1 em 8, por exemplo).
- As mulheres com mais de 35 anos.

O geneticista, especializado em heredogramas e temas afins, dirá ao casal quais as chances de ter um filho sadio e os orientará no sentido de ter ou não filhos. Se a mulher já estiver grávida, o geneticista indicará qual o exame apropriado a fazer no pré-natal.

O aconselhamento genético tem poupado o sofrimento de milhares e milhares de casais de alto risco que poderiam ter tido filhos com graves problemas. O aconselhamento é mais oportuno antes da gestação, ou no caso de parentes próximos, antes de se casarem. Mas nunca é tarde demais, mesmo depois de confirmada a gravidez.

Se o exame revelar grave anomalia fetal, o casal vai enfrentar o dilema de interromper ou não a gestação*. Embora caiba ao casal a decisão final, o aconselhamento genético ajuda muito também neste sentido.

PARA QUEM É CONTRA O ABORTO

"Meu marido e eu somos contra o aborto. Por que então devo fazer a amniocentese?"

A amniocentese não convém apenas àqueles casais que consideram a possibilidade de aborto caso se descubra através dela alguma anormalidade fetal mais grave. Para a grande maioria dos casais que esperam um filho, o melhor motivo para o diagnóstico pré-natal está na tranqüilização que quase sempre traz.

Embora sejam muitos os casais que optem pelo término da gravidez quando é descoberta alguma anomalia fetal, o exame também tem validade quando não se cogita em aborto como opção terapêutica. Quando a anomalia descoberta é fatal, cria-se a oportunidade de luto por parte dos pais antes do parto, eliminando-se o choque que sentiriam por ocasião da hora do parto. Quando há outros tipos de anomalia presente, os pais já ganham um ponto de partida para começarem a se preparar para a chegada do futuro deficiente. Quando as anomalias são identificadas depois do parto, as reações negativas são inevitáveis — negação, ressentimento, culpa. Tais reações podem comprometer seriamente o elo entre o filho deficiente e os pais. O diagnóstico pré-natal permite a elaboração dessas manifestações negativas já durante a gravidez. Os pais poderão já aprender tudo o que acharem necessário sobre a condição particular da criança, antecipadamente. Estarão assim preparados para garantir o melhor convívio possível com seu novo bebê. Hoje também já é possível conceber a idéia do tratamento intra-uterino da condição em certos casos, e de uma série de precauções que visarão a melhorar as condições do bebê.

Portanto, se o diagnóstico pré-natal estiver indicado, não o rejeite de imediato. Converse com o médico, com um geneticista ou com algum especialista em medicina materno-fetal. Essas pessoas lhe ajudarão a esclarecer as opções existentes antes de você tomar a sua decisão. Não deixe, enfim, que o fato de ser contra o aborto a impeça e aos médicos de conseguir valiosas informações em potencial.

*A legislação brasileira, profundamente anacrônica nesse particular, não acata o abortamento provocado por indicações ovulares (doenças genéticas, viroses maternas no primeiro trimestre, uso de substâncias teratogênicas etc.) (*N. do T.*)

O QUE É IMPORTANTE SABER: SOBRE O DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL

É menino ou menina? Vai ser loiro como a avó, ou de olhos verdes como o avô? Será que vai ter a voz do pai e a habilidade da mãe para contas ou — que Deus o proteja! — será que vai ser ao contrário? Na gravidez, é bem maior o número de perguntas que o de respostas: é assunto vivo para nove meses de discussões à mesa, de especulação dos vizinhos, e de palpites nas rodinhas de escritório.

Há, no entanto, uma questão que não é motivo para palpites casuais: uma que os pais, na grande maioria, evitam comentar e em que muitos deles nem mesmo querem pensar: "Será que o bebê está bem?"

Até pouco tempo, era questão a ser respondida só ao nascimento. Hoje, porém, algumas dessas dúvidas podem ser esclarecidas, até certo ponto, já na sexta semana após a concepção, mediante o diagnóstico pré-natal.

Em virtude dos riscos inerentes, não obstante pequenos, trata-se de conduta a ser individualizada. Os pais, na grande maioria, continuam no jogo da espera, com a feliz certeza de que a probabilidade de seu filho estar bem seja razoável. Mas para aqueles cujas preocupações representam mais do que o nervosismo normal dos futuros pais, os benefícios do diagnóstico pré-natal suplantam os riscos inerentes. Entre as candidatas para o diagnóstico pré-natal estão:

- As com mais de 35 anos.
- As que têm história familiar de doença genética e/ou são portadoras genéticas da doença.
- As que foram expostas a infecções que podem causar anomalias congênitas (rubéola, toxoplasmose etc.)
- As que foram expostas desde a concepção a alguma substância que talvez tenha sido prejudicial ao bebê em desenvolvimento. (O médico pode ajudar a esclarecer se o diagnóstico pré-natal se justifica no seu caso em particular.)
- As que não foram bem-sucedidas nas gestações anteriores ou as que têm filhos com anomalias congênitas.

Em mais de 95% dos casos, o diagnóstico não revela anormalidades aparentes. No restante, traz um desenlace alentador para o casal aflito, pois ficam sabendo que seu bebê não está bem. Entretanto, junto com o aconselhamento genético, as informações servem para as decisões que vão ser tomadas a respeito dessa e das futuras gestações. Entre as possíveis opções estão:

Continuar a gravidez. Esta é a opção mais comum quando a família percebe que a anomalia descoberta permitirá um convívio razoável com o futuro filho ou quando os pais são contra o aborto sob quaisquer circunstâncias. A família, sabendo antecipadamente o problema que lhe espera, poderá tomar certas providências (emocionais e práticas) para receber o filho com necessidades especiais ou para enfrentar o parto de uma criança que dificilmente sobreviverá.

Terminar a gravidez. Se o exame mostrar que a anomalia será fatal ou extremamente incapacitante, tenha sido

confirmada por geneticista ou por novo exame, são muitos os pais que optam pela interrupção da gravidez. Nesse caso, o exame criterioso dos produtos da concepção torna-se obrigatório. Pode ajudar a determinar a probabilidade de repetição em futuras gestações. A maioria dos casais, armada dessas informações e sob a orientação do médico ou do geneticista, tenta novamente, na esperança de que o resultado do exame e o desenlace da gestação lhes sejam favoráveis dessa vez. Quase sempre o são.

Tratamento pré-natal do feto. É opção que só existe para alguns casos, embora espere-se que, no futuro, venha a abranger número cada vez maior. O tratamento consiste na transfusão de sangue (como para a doença Rh), cirurgia (drenar uma obstrução vesical, por exemplo), ou administração de enzimas e de medicamentos (como na de esteróides para acelerar o desenvolvimento pulmonar do feto que precisa ser retirado do ventre materno prematuramente). Com o avanço tecnológico, um número maior de cirurgias pré-natais, manipulações genéticas e outros tratamentos fetais pode também se tornar lugar-comum.

Doação de órgãos. Se o diagnóstico indicar que as anomalias fetais são incompatíveis com a vida, como acontece quando falta quase todo o encéfalo, é possível doar um ou mais órgãos para outro bebê que deles necessite. Alguns pais acham que essa atitude pelo menos os consola um pouco da perda sofrida. O neonatologista, nestas circunstâncias, pode prestar informações valiosas a esse respeito.

Naturalmente é importante recordar que nada é perfeito, nem mesmo o diagnóstico pré-natal realizado por sofisticados recursos tecnológicos. Por esse motivo, todos os resultados que mostram haver algum problema com o bebê devem ser confirmados por novos exames ou mediante consulta com outros profissionais. A decisão apressada de terminar a gravidez por vezes leva ao aborto de feto normal.

Apresentaremos a seguir os métodos mais comuns de diagnóstico pré-natal.

AMNIOCENTESE

As células, as substâncias químicas e os microorganismos existentes no líquido amniótico que circunda o feto propiciam uma ampla gama de informações — a constituição genética fetal, a condição atual, o grau de maturidade — a respeito deste novo ser humano. Por isso, o exame de certo volume desse líquido, através da amniocentese, transformou-se num dos principais recursos no diagnóstico pré-natal. O exame é recomendado nos seguintes casos:

- Quando a mãe tem mais de 35 anos. Cerca de 80% a 90% de todas as amniocenteses são feitas com indicação, exclusivamente fundada na idade materna adiantada. Tenta-se assim verificar se o feto exibe síndrome de Down, que é mais prevalente entre os filhos de mães nessa faixa etária.

- Quando o casal já teve um filho com anormalidade cromossomial — como a síndrome de Down — ou com distúrbio metabólico — como a síndrome de Hunter.

- Quando o casal já teve um filho ou tem algum parente com anomalia do tubo neural. (Antes porém provavelmente se pesquisará o teor de alfafetoproteína (AFP) no sangue da mãe.)

- Quando a mãe é portadora de distúrbio genético ligado ao X, hemofilia, por exemplo (em que a chance de a

mãe transmiti-lo à prole é de 50%). A amniocentese permite identificar o sexo da criança, mas não se ela herdou o gene.

- Quando ambos os pais são portadores de distúrbio autossômico recessivo, de doença de Tay-Sachs ou de anemia falciforme, por exemplo, em que exibem uma chance em quatro de terem filho ou filha atingido pelo mal.

- É necessário avaliar a maturidade do pulmão fetal (um dos últimos órgãos a amadurecer, a ficar pronto para funcionar por conta própria).

- Quando se sabe que um dos pais é portador de alguma afecção genética, como a coréia de Huntington, por exemplo. Essa doença é de transmissão autossômica dominante: a probabilidade do bebê herdar a doença é de 50%.

- Quando os resultados de provas laboratoriais de triagem (dosagem de alfafetoproteína, sonografia, dosagem de estriol ou/e de hCG) se revelam anormais e a avaliação do líquido amniótico se faz necessária para determinar se há de fato alguma anormalidade fetal.

Quando é feita? A amniocentese diagnóstica costuma ser feita entre a 16ª e a 18ª semanas de gestação, embora por vezes o seja mesmo na 14ª ou mais tarde, na 20ª. A exiqüibilidade da amniocentese antes desse período — entre a 10ª e 14ª semana — encontra-se atualmente em estudo. O resultado da maioria dos exames, em virtude da cultura de células feita em laboratório, leva de 24 a 35 dias para ser divulgado, não obstante alguns como o da doença de Tay-Sachs, o da síndrome de Hunter e o das falhas do tubo neural poderem ser feitos imediatamente.

A amniocentese pode também ser feita no último trimestre para estimar a maturidade dos pulmões do feto.

Como é feita? Depois de vestir roupa apropriada e de esvaziar a bexiga, a gestante é colocada na mesa de exame. Fica deitada de costas, o abdome é exposto. O feto e a placenta são então localizados pelo ultra-som, para que o médico os evite durante o procedimento. (Antes já terá sido feito um exame ultra-sonográfico mais detalhado para identificação de anomalias fetais visíveis.) Providencia-se a seguir a antisepsia abdominal com solução antiséptica apropriada. Em alguns casos se faz uso de anestesia local por injeção (como a utilizada pelos dentistas). Como a dor sentida durante a anestesia é a mesma sentida durante a passagem da agulha de amniocentese, alguns médicos a omitem. Em seguida, insere-se a agulha de amniocentese (uma agulha longa e oca) através da parede abdominal até o interior da cavidade uterina. Retira-se uma pequena quantidade de líquido. O pequeno risco de punção acidental do feto é ainda mais reduzido pelo uso do ultra-som como guia. Os sinais vitais da gestante e o batimento cardíaco fetal são verificados antes e depois do procedimento, que não deve demorar mais de 30 minutos. Em mulheres Rh negativas costuma-se fazer uma injeção de imunoglobulina Rh depois da amniocentese para prevenir possíveis complicações vinculadas a esse fator.

Salvo quando tiver importância para o diagnóstico, os pais têm o direito de que não se lhes diga o sexo da criança, ao vir o resultado, preferindo conhecê-lo à moda antiga, na sala de parto. (Lembre-se que a troca de resultados, embora rara, pode acontecer.)

É procedimento seguro? As mulheres, na grande maioria, experimentam não mais do que algumas horas de cólica leve de-

pois do exame; é raro o sangramento vaginal discreto ou a perda de líquido amniótico. Embora menos de 1 em 200 casos evoluam com infecção ou com outras complicações que podem ser causadoras de aborto, a amniocentese, como todos os demais exames diagnósticos no pré-natal, só deve ser feita quando os benefícios superam os riscos.

ULTRA-SONOGRAFIA

O advento da ultra-sonografia tornou a ciência obstétrica muito mais exata e a gestação uma experiência muito menos problemática para muitos casais. Através da reflexão de ondas sonoras pelas estruturas internas, consegue-se visualizar o feto sem os riscos do exame radiológico. Quando o sistema usado possui tela de TV, tem-se a oportunidde única de se "ver" o bebê — pode-se até conseguir uma fotografia para mostrar aos amigos e à família —, embora talvez seja preciso um especialista para que se consiga distinguir a cabeça das nádegas na imagem borrada.

A ultra-sonografia de nível 1 costuma ser feita para determinação da data do parto. O exame ultra-sonográfico mais pormenorizado (nível 2) é usado para outras finalidadess diagnósticas mais complexas. A ultra-sonografia é recomendada quando a mãe apresenta histórico obstétrico mais complicado. Por exemplo, quando já teve prenhez ectópica (tubária), mola hidatiforme (quando a placenta se conforma num conglomerado de cistos, como um cacho de uva, impossibilitando a embriogênese), filho com anomalias genéticas ou congênitas, ou já se submeteu a parto cesáreo. Serve também para:

- Verificar a data provável do parto, conferindo se esta condiz com o tamanho do bebê.[*]
- Determinar a condição fetal quando há risco acima do normal de alguma anormalidade (ou quando a preocupação com tal risco é maior). Para essa finalidade, a ultra-sonografia transvaginal pode ser feita mais precocemente e ainda se revela mais precisa.
- Excluir o diagnóstico de gravidez por volta de sete semanas quando se suspeita de exame falso-positivo.
- Determinar a causa de sangramento ou de pequenas perdas hemorrágicas no início da gravidez — prenhez tubária, ovo anembrionado (quando o embrião deixou de se desenvolver e não é mais viável).

[*]Alguns médicos acreditam que essa prática deveria ser rotineira porque a verificação prévia da data reduz a possibilidade da indução desnecessária ao parto quando se supõe (incorretamente) que o bebê seja pós-maturo, o que, por sua vez, reduz a necessidade de uma cesariana por motivo de insucesso da indução do parto.

Complicações da Amniocentese

Embora sejam raras, estima-se que depois de 1 entre 100 procedimentos, aproximadamente, haja algum escoamento de líquido amniótico. Se perceber tal escoamento pela vagina, informe de imediato ao médico. Há muito boa probabilidade de que o escoamento se detenha depois de algumas horas, mas o repouso no leito e a observação diligente costumam ser recomendados até que isso ocorra.

- Localizar DIU implantado, presente por ocasião da concepção.
- Localizar o feto antes da amniocentese e durante a biópsia de uma amostra do cório.
- Determinar a condição do feto quando não se detecta o batimento cardíaco fetal por volta da 14ª semana com o sonar Doppler ou quando não se identifica qualquer movimento fetal por volta da 22ª.
- Diagnosticar a existência de fetos múltiplos, sobretudo quando a mãe fez uso de estimulantes da fertilidade e/ou quando o útero é maior do que o esperado.
- Determinar se o crescimento uterino excepcionalmente rápido se deve a excesso de líquido amniótico.
- Determinar a condição da placenta, quando a deterioração desta pode ser a responsável pelo retardo do crescimento fetal ou pelo sofrimento fetal.
- Visualizar a placenta para determinar se o sangramento tardio durante a gravidez se deve à placenta prévia ou a descolamento prematuro (*placenta abruptio*). Também se pode visualizar coágulos de sangue por trás da placenta.
- Determinar o tamanho fetal quando se contempla parto pré-termo ou quando se pensa em pós-maturidade (bebê pós-maturo).
- Avaliar a condição do feto pela observação da atividade fetal, dos movimentos respiratórios, do volume do líquido amniótico (ver Perfil Biofísico, p. 304).
- Verificar apresentação de nádegas ou outras posições incomuns do feto ou do cordão antes do parto.

Quando é feito o exame? Dependendo da indicação, a ultra-sonografia pode ser realizada em qualquer momento a partir da quinta semana de gestação até o parto. A ultra-sonografia transvaginal pode ser empregada mais precocemente do que o procedimento transabdominal — para verificação de gravidez gemelar ou anormalidade do desenvolvimento fetal.

Como é feito o exame? O exame ultra-sonográfico ora é feito através do abdome (transabdominal), ora através da vagina (transvaginal). Às vezes é feito pelas duas vias, dependendo da necessidade do caso. O exame é rápido (5 a 10 minutos) e indolor, exceto pelo incômodo causado pela bexiga cheia necessária para o exame transabdominal (motivo pelo qual a maioria das mulheres parece preferir o transvaginal). Durante o exame, por qualquer das duas vias, a gestante permanece deitada de costas. No exame transabdominal, espalha-se-lhe sobre o abdome uma película de óleo ou de gel que serve para melhorar a condução do som. O transdutor do aparelho então percorre lentamente o abdome. No transvaginal, uma sonda ultra-sônica é inserida na vagina. Os instrumentos registram os ecos de pulsos ultra-sônicos que provêm das várias partes do bebê. Com a ajuda de um técnico ou do médico presente, a gestante conseguirá identificar o batimento cardíaco, a curvatura da coluna vertebral, a cabeça, os braços e as pernas. Às vezes se consegue visualizar ligeiramente o bebê sugando o polegar. Noutras tantas consegue-se discernir os órgãos genitais e o sexo da criança, embora dentro de uma probabilidade inferior a 100%. (Se você não quiser saber antecipadamente o sexo do bebê, não deixe de avisar antes o médico.)

É seguro? Em 25 anos de uso clínico e de pesquisas, não se conhecem riscos: só

se verificaram benefícios. Todavia, devido à possibilidade, embora pequena, de que efeitos colaterais possam vir a surgir no futuro, a recomendação corrente é de que só seja feito durante a gestação quando existirem indicações válidas. Pesquisas recentes feitas na Inglaterra, entretanto, sugerem que os benefícios da ultra-sonografia de rotina durante a gestação são tantos que ultrapassam quaisquer riscos inerentes.

FETOSCOPIA

A fetoscopia é a ficção científica que rapidamente vai se tornando uma realidade médica. Numa viagem tão fantástica quanto as escritas por Isaac Asimov, um instrumento, como um telescópio em miniatura, provido de luzes e de lentes de aumento, é introduzido através de minúsculas incisões no abdome e útero até o saco amniótico, onde mostra o feto e o fotografa. Ao mesmo tempo, a fetoscopia permite o diagnóstico, mediante amostragem do sangue e dos tecidos, de diversas doenças do sangue e da pele que não são detectadas pela amniocentese. Por ser procedimento de risco relativamente elevado, contudo, e pela disponibilidade de outros recursos diagnósticos mais seguros para identificação dos mesmos distúrbios, a fetoscopia não é empregada em larga escala.

Quando é feita? Usualmente, depois da 16ª semana.

Como é feita? Depois de degermar o abdome com anti-séptico e de anestesiá-lo (anestesia local), o médico faz diminutas incisões no abdome e no útero. Com a ajuda do ultra-som para guiar o instrumento, a seguir um fibroendoscópio é introduzido através das incisões até a cavidade uterina. Com esse periscópio em miniatura, o feto, a placenta e o líquido amniótico são observados, podendo-se ainda retirar uma amostra de sangue da junção do cordão umbilical com a placenta e também um pequeno fragmento de tecido fetal ou placentário para exame.

É procedimento seguro? O exame ainda traz consigo um risco relativamente importante: a chance de perda fetal oscila entre 3% e 5%. Embora o risco seja mais elevado que o das demais provas diagnósticas, é contrabalançando pelos benefícios, em certos casos, do diagnóstico e possível tratamento ou correção de alguma anomalia fetal.

DOSAGEM DE ALFAFETOPROTEÍNA NO SANGUE MATERNO

A elevação do teor de alfafetoproteína (AFP) no sangue da gestante — uma substância produzida pelo feto — é capaz de indicar anomalias do tubo neural como, por exemplo, espinha bífida (uma deformidade da coluna vertebral) ou anencefalia (ausência do encéfalo ou de parte dele). O teor anormalmente baixo pode indicar maior risco de síndrome de Down ou de alguma outra anomalia genética. Trata-se apenas de um exame laboratorial de triagem: o resultado anormal impõe uma exploração clínica mais aprofundada para confirmar a existência do problema.

Quando é feita? Entre a 16ª e a 18ª semana.

Como é feita? É exame simples que só requer uma amostra de sangue materno. Se o resultado revelar teor anormalmente elevado, faz-se um segundo exame. Se nesse o resultado duplicar o valor encontrado no primeiro, parte-se para uma série de outros exames que visam confir-

mar ou excluir a existência de anomalia do tubo neural: ultra-sonografia (para ver se se trata de gravidez gemelar, para confirmar a data prevista do parto, para identificar anomalias fetais); amniocentese, para verificar o teor de alfafetoproteína e de acetilcolinesterase no líquido amniótico. De cada 50 mulheres com leitura anormalmente elevada na primeira avaliação, apenas uma ou duas terão confirmada a existência de anormalidade fetal. Nas outras 48, os exames mostrarão outras causas para a elevação encontrada: gravidez gemelar, gravidez mais adiantada do que o previsto inicialmente, leitura original inexata. Além disso, embora a elevação do teor de AFP não costume ser causa de alarme, os médicos poderão recomendar maior repouso e maior vigilância da gestante: há nesses casos um risco um pouco maior de baixo peso ao nascer ou de prematuridade.

Se o teor de AFP for muito baixo, também se recorrerá à ultra-sonografia, ao aconselhamento genético e/ou à amniocentese para verificar se o concepto sofre de síndrome de Down ou de outro defeito cromossômico.

O exame é seguro? O teste de triagem inicial não cria qualquer outro risco para a gestante ou para o bebê além do inerente a qualquer outro exame de sangue. O principal risco é que o resultado falso-negativo falso-positivo pode levar a outros exames de acompanhamento que apresentem maior risco — e em casos raros ao aborto terapêutico ou acidental de uma criança perfeitamente normal. Antes de tomar qualquer decisão baseada em exames feitos no pré-natal, certifique-se de que os resultados foram avaliados por médico experiente ou por geneticista especializado no assunto. Peça uma segunda opinião em caso de dúvida. Os profissionais especializados em medicina materno-fetal podem ser de extrema ajuda.

AMOSTRAGEM DAS VILOSIDADES CORIÔNICAS

Diversamente da amniocentese, a amostragem das vilosidades coriônicas permite identificar anomalias fetais em fase muito precoce da gestação — em fase em que o aborto é menos complicado e menos traumático. Embora ainda menos comum do que a amniocentese, o método vem ganhando popularidade. Também vem sendo empregado experimentalmente no segundo trimestre em lugar da amniocentese por causa da rapidez dos resultados e por causa da utilidade quando não se tem acesso ao âmnio, como acontece quando há muito pouco líquido amniótico (oligoidrâmnio).

Acredita-se que o exame venha a ser capaz de identificar praticamente todas as 3.800 (mais ou menos) anomalias genéticas ou cromossômicas existentes. E no futuro talvez seja possível o tratamento ou a correção intra-uterina de muitas dessas condições. No momento, o exame é de grande utilidade para identificar afecções genéticas para as quais se dispõe de recursos tecnológico-diagnósticos: doença de Tay-Sachs, anemia falciforme, a maioria dos tipos de fibrose cística, as talassemias e a síndrome de Down. A pesquisa de outras doenças específicas (fora a síndrome de Down) só costuma ser feita quando há história familiar da doença ou quando se sabe serem os pais portadores do gene. As indicações do exame são as mesmas da amniocentese, embora o mesmo não sirva para avaliar a maturidade do pulmão fetal. Ocasionalmente, é necessário fazer a amostragem e a amniocentese.

Quando é feita? Em geral entre a 8ª e a 12ª semana e entre a 9ª e a 11ª semana para a amostragem transabdominal. O procedimento transabdominal também é empregado experimentalmente no segundo e no terceiro trimestre.

Como é feita? Talvez um dia se torne um exame para ser feito em consultório, mas por ora só é realizada em centros médicos. A princípio a amostragem das células era sempre realizada por via vaginal e cervical (amostragem transcervical). Hoje, às vezes é feita por incisão abdominal (amostragem transabdominal). Nenhuma das duas vias é indolor: o incômodo pode ser muito discreto, mas também pode ser muito grande.

No procedimento transcervical, a gestante fica deitada na mesa de exame e insere-se por via vaginal um longo tubo (sonda ou cateter) até o útero. Sob a orientação do ultra-som, o médico posiciona a sonda entre o revestimento uterino e o cório, a membrana fetal que acabará conformando a face fetal da placenta. Faz-se então, por corte ou sucção, a amostragem das vilosidades coriônicas (projeções digitiformes do cório) que servirão para o estudo diagnóstico.

No procedimento transabdominal, a paciente também permanece deitada na mesa de exame, de barriga para cima. O ultra-som serve para determinar a localização da placenta e para visualizar as paredes uterinas.[*] Ajuda também o médico a encontrar um lugar seguro para inserir a agulha. Na área escolhida faz-se a anti-sepsia e a infiltração de anestésico local. Ainda sob a orientação do ultra-som, o médico insere uma agulha-guia através do abdome e da parede uterina até a margem placentária. Em seguida, por dentro da agulha-guia, é introduzida uma agulha mais fina que permitirá fazer a amostragem. Essa agulha é rodada e introduzida e retirada 15 a 20 vezes por amostragem, para ser enfim removida com a amostra de células para estudo.

Como as vilosidades coriônicas são de origem fetal, ao examiná-las o médico tem um retrato completo da constituição genética do feto em desenvolvimento. Como são muitas as células colhidas durante o procedimento, o estudo diagnóstico pode começar quase que imediatamente sem precisar do tempo de espera (semanas) para o crescimento de células em laboratório, como costuma ocorrer no caso da amniocentese. Dependendo das células amostradas, os resultados ficam prontos em um ou dois dias (quando são empregadas células do meio do cório) ou até em uma semana (quando se utilizaram as células mais internas).

O procedimento é seguro? Embora seja relativamente recente, as pesquisas revelam por enquanto que é de segurança aceitável e bastante fiel nos resultados. As vilosidades coriônicas, de onde são tiradas as células para teste, desaparecem com o desenvolvimento fetal, portanto acredita-se não haver perigo em removê-las. O exame aumenta a possibilidade de aborto em 1% aproximadamente (o dobro do risco da amniocentese). Porém é um risco que muitas se dispõem a assumir em vista das informações diagnósticas mais precoces que o exame propicia sobre o feto. Há também um ligeiro risco de término da gravidez em decorrência de informações incorretas, já que uma anormalidade conhecida como mosaico pode ser identificada nas vilosidades e não ocorrer no feto. Esse risco pode ser eliminado pela confirmação do diagnóstico de mosaicismo através da amniocentese.

Depois do procedimento pode ocorrer um breve sangramento vaginal que não deve ser causa de preocupação, embora deva ser notificado ao médico. É preciso informá-lo também se o sangramento dura três ou mais dias. Em virtude do pequeno risco de infecção, convém

[*] As mulheres com placenta localizada na profundidade da região posterior do útero, ou com fibromas nas paredes uterinas, são boas candidatas para esse tipo de ultra-sonografia.

Como Reduzir os Riscos em Qualquer Gestação

Atendimento médico correto. Mesmo a gestação de baixo risco tem seu risco aumentado se não houver o devido atendimento pré-natal. O acompanhamento regular por profissional, com início já na suspeita de gravidez, é conduta vital para as gestantes. (Se a gestante estiver em grupo de alto risco, cumpre escolher obstetra com experiência na sua condição particular.) No entanto, assim como é importante ter um bom médico, é também fundamental ser uma boa paciente. Recomenda-se a participação ativa no atendimento médico — formulando perguntas, relatando os sintomas — sem tentar, contudo, fazer o papel do médico. (Ver p. 44.)

A dieta. A Dieta Ideal (ver p. 109) oferece à gestante as melhores chances de êxito na gestação e de saúde do concepto.

O condicionamento físico. Convém começar a gravidez com o corpo bem-condicionado, com bom tônus muscular, embora nunca seja tarde demais para dar início a um melhor condicionamento. O exercício regular pode evitar a constipação e melhorar a respiração, a circulação, o tônus muscular e a elasticidade da pele, contribuindo para uma melhor gestação, com maior bem-estar, e para um parto mais fácil e mais seguro. (Ver p. 225.)

Ganho ponderal. O ganho de peso gradual, constante e moderado, ajuda a prevenir uma ampla variedade de complicações — diabetes, hipertensão, varizes, hemorróidas, baixo peso fetal ao nascimento e parto difícil em virtude de feto muito grande. (Ver p. 182.)

Renúncia ao hábito de fumar. Cumpre abandonar o hábito já ao início da gestação para reduzir os muitos riscos à mãe e à criança, entre os quais o de prematuridade e o de baixo peso ao nascimento. (Ver p. 85.)

Abstinência alcoólica. O consumo muito excepcional de bebidas alcoólicas ou a completa abstinência reduzirão o risco de anomalias congênitas, sobretudo o da síndrome alcoólica fetal (resultado do excessivo abuso alcoólico) e o efeito alcoólico fetal (resultado do consumo moderado de álcool). (Ver p. 83.)

Abstinência de drogas. Todas as drogas ilícitas são perigosas para o feto e devem ser evitadas durante a gravidez. Medicamentos só devem ser usados quando os benefícios superam os riscos, e só quando aprovados ou prescritos por médico ciente da gestação. (Ver p. 89)

Prevenção do risco das toxinas ocupacionais e do meio ambiente. Embora tudo o que tocamos, respiramos, comemos e bebemos não seja tão perigoso quanto nos fariam crer as manchetes de jornal, é prudente evitar riscos conhecidos (excesso de raios X, chumbo etc.; consultar os itens individualmente).

Prevenção e tratamento imediato das infecções. Cumpre prevenir, sempre que possível, todas as infecções — desde o resfriado comum, infecções urinárias e vaginites, até as corriqueiras doenças sexualmente transmissíveis. Ao contrair alguma, porém, é mister tratá-la prontamente por médico que saiba que você está grávida.

Cuidado com a síndrome da supermulher. Muitas vezes bem-sucedidas no trabalho e motivadíssimas em tudo que fazem, as mães de hoje tendem ao exagero nos empreendimentos e na eficiência em conduzi-los. O repouso suficiente durante o ciclo gestatório é bem mais importante do que a atividade excessiva, sobretudo nas gestações de alto risco. **Não espere que o corpo peça descanso** para só então diminuir o ritmo de trabalho. Se o médico recomendar o começo da licença-maternidade antes do planejado, siga o seu conselho. Há pesquisas que apontam maior incidência de prematuridade entre as gestantes que trabalham até o momento do parto, quando a atividade envolve esforço físico ou longos períodos em pé.

informá-lo ainda do surgimento de febre alguns dias depois do exame.[18]

Como muitas gestantes sentem-se física e emocionalmente esgotadas depois do exame (não é incomum cair na cama e dormir horas a fio depois dele), há quem recomende a volta para casa do hospital em carro com motorista e o encerramento das atividades pelo resto do dia.

OUTROS TIPOS DE DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL

Trata-se de um campo do conhecimento médico que vem se expandindo rapidamente. Novos métodos vêm sendo constantemente avaliados. Além dos recursos convencionais mencionados acima, há outros que vêm sendo empregados experimentalmente ou só de vez em quando. Entre estes estão:

- **Triagem de hCG no sangue materno.** Talvez venha a tornar-se no mais importante exame (mais do que a idade materna) para indicar quais as gestantes que devem ser submetidas à amniocentese para identificação da síndrome de Down. O teor elevado de hCG no sangue da gestante aponta, segundo os pesquisadores, para maior risco de filho com a síndrome (mongolismo). Essa gestante passa então a ser candidata à amniocentese. A exatidão do resultado aumenta quando se associa o exame à dosagem de alfafetoproteína (ver p. 78) e à de estriol no sangue (o baixo teor tem valor preditivo de síndrome de Down), sobretudo quando consideram-se esses resultados em função da idade materna.

- **Amostragem do sangue fetal (cordocentese).** Retira-se sangue do cordão umbilical ou da veia hepática fetal para análise. É um pouco mais seguro do que a fetoscopia quando feito sob orientação ultra-sônica. Além disso, permite identificar as mesmas condições.

- **Amostragem da pele fetal.** Retira-se para análise um minúsculo fragmento da pele fetal. O método é particularmente útil na identificação de certas afecções cutâneas congênitas.

- **Mapeamento por ressonância nuclear magnética.** Embora ainda de caráter experimental, o método parece promissor: talvez venha a permitir uma imagem mais nítida do feto (interna e externamente) que a fornecida pelo ultra-som.

- **Radiografia (raio X).** Depois de ser o método mais comum de avaliação do feto, foi quase que completamente substituído pela ultra-sonografia.

- **Ecocardiografia.** Permite a identificação de cardiopatias congênitas.

- **Exame de sangue materno para identificação do sexo do bebê.** Embora ainda experimental, talvez se configure de grande valia na identificação de certas doenças hereditárias que acometem apenas os bebês do sexo masculino.

[18] Já que há a possibilidade de escoamento de hemácias para o sistema circulatório da mãe, alguns médicos acreditam que toda mulher com fator Rh negativo deveria receber uma imunoglobulina chamada anti-D-globulina antes da amostragem das vilosidades coriônicas.

3

Durante Toda a Gravidez

As Preocupações Comuns

As gestantes estão sempre preocupadas. O motivo de suas preocupações, porém, tem se modificado no decurso de várias gerações, à medida que a medicina obstétrica — e o casal grávido — vai descobrindo cada vez mais o que interfere e o que não interfere na saúde e no bem-estar do concepto. Nossas avós, vulneráveis a uma ampla variedade de velhas histórias, temiam ver um macaco durante a gestação porque os filhos poderiam nascer com cara de macaco, ou evitavam dar palmadas na barriga com receio de a criança nascer com algum sinal em forma de mão. Já nós, vulneráveis à avalanche de informações pelos modernos meios de comunicação (às vezes apavorantes, noutras sem qualquer fundamento), temos outros medos: Será que o ar que respiro está poluído? A água que bebo é potável? Será que o meu emprego, ou o hábito de fumar do meu marido, ou aquela xícara de café que tomei pela manhã, são prejudiciais à saúde do bebê? E o raio X que fiz no dentista? São preocupações que, por vezes, podem deixar os nervos em frangalhos durante a gestação. Ao conhecê-las mais a fundo, a gestante poderá adquirir maior controle sobre elas e melhorar as chances de boa saúde para o bebê.

ÁLCOOL

"Bebi várias vezes antes de saber que estava grávida. Receio que o álcool possa ter prejudicado o bebê."

"Agora, pois, guarda-te, não bebas vinho, ou bebida forte, e não comas coisa imunda; porque eis que tu conceberás e darás à luz um filho..." É o que diz o anjo do Senhor à mulher de Manoá, em *Juízes* 13, 4. Mulher de sorte. Ela pôde substituir o vinho pela água quando Sansão não passava de mero brilho no olhar do pai. Muito poucas de nós somos informadas de antemão de que vamos engravidar. E como muitas vezes só ficamos sabendo lá pelo segundo mês, somos capazes de fazer coisas que não faríamos se tivéssemos sabido

antes. Como beber com muita freqüência. Eis por que essa é uma das preocupações mais comuns trazidas ao médico na primeira consulta.

Felizmente, também é uma das que podem facilmente ser postas de lado. Não há prova de que alguns drinques ocasionais ao começar a gestação sejam prejudiciais ao embrião em desenvolvimento. De fato, uma pesquisa recente revelou que as mulheres que tomaram duas ou três bebedeiras ao início da gestação têm probabilidade de terem filhos com anomalias estruturais ou com retardo de crescimento igual à das abstêmias.

Quem continua a beber pesadamente durante a gravidez expõe o bebê a uma série de riscos. Isso não surpreende se você entender que o álcool entra na corrente circulatória fetal aproximadamente na mesma concentração que entra na corrente circulatória materna. Cada drinque e cada chope que a gestante toma é dividido com o bebê. Como o feto demora duas vezes mais tempo para eliminar o álcool do organismo em comparação à mãe, poderá ficar já fora de seus limites enquanto a mãe apenas começa a sentir-se alegre.

O consumo pesado de álcool (definido como o de cinco a seis drinques de destilados por dia, ou de cinco a seis copos de vinho ou cerveja) durante toda a gravidez pode resultar, além de muitas e graves complicações obstétricas, naquilo que se conhece como a síndrome alcoólica fetal (SAF). Considerada como a ressaca que dura a vida inteira, a condição faz o bebê nascer pequeno para a idade gestacional, em geral com deficiência mental, com múltiplas deformidades (sobretudo da cabeça e do rosto, dos membros, do coração e do sistema nervoso central) e causa também elevado coeficiente de mortalidade neonatal. No decorrer da vida, os portadores da síndrome apresentam sérias dificuldades de aprendizado.

Os riscos relacionados ao alcoolismo persistente são relacionados à dose: quanto mais se bebe, maior o perigo em potencial para o bebê. Entretanto, mesmo o consumo moderado (3 ou 4 drinques ao dia ou a bebedeira ocasional com 5 ou mais drinques) durante toda a gestação se relaciona a uma ampla variedade de problemas, inclusive maior risco de aborto espontâneo, prematuridade, baixo peso ao nascer e complicações durante o trabalho de parto e o parto. Também se vincula a um efeito alcoólico fetal (EAF) um pouco mais sutil, que se caracteriza por numerosos problemas de desenvolvimento e de comportamento. Inclusive um a dois drinques por dia aumentam o risco de aborto espontâneo, de natimortalidade, de anormalidades do crescimento e de problemas do desenvolvimento.

Embora algumas mulheres bebam um pouco durante a gravidez — um copo de vinho à noite, por exemplo — e ainda consigam aparentemente dar à luz um bebê sadio, não há garantia de que seja uma conduta saudável. A dose diária de álcool segura durante a gravidez, se é que há, não é conhecida.

Tudo o que se sabe sobre o álcool e sobre a gravidez nos leva a sugerir que, embora você não deva se preocupar por ter bebido sem saber que estava grávida, convém ser prudente e parar de beber pelo resto da gravidez — exceto talvez tomando meio copo de vinho numa festa ou num aniversário (junto com alimento, já que o alimento reduz a absorção do álcool).

Para algumas mulheres isso é fácil — as que enjoam com o álcool ao início da gravidez, o que pode perdurar até o parto. Para outras, sobretudo as que costumam "relaxar" com coquetéis no fim do dia ou que tomam vinho ao jantar, a abstinência poderá necessitar de redobrado esforço, talvez até de mudança no estilo de vida. Quem bebe para relaxar deve buscar outras formas de relaxamento: música, banhos quentes, massagem,

exercício, leitura. Se beber já é uma atividade inserida no ritual diário a que a leitora não está disposta a renunciar, recomendamos um *bloody mary* sem vodca (*virgin mary*) no almoço, sidra efervescente, suco de uva ou bebidas maltadas, sem álcool, no jantar, e depois, na hora do coquetel, suco de fruta com água tônica, daiquiri de morango, ou ainda sangria sem álcool (ver p. 128), servidas na hora habitual, nos copos habituais e com a cerimônia habitual.[1] Se o marido a acompanhar (ao menos quando estiver com você), fica bem mais fácil seguir a recomendação.

Nos Estados Unidos, o uso de álcool durante a gravidez é causa importante de retardo mental e de anomalias congênitas em geral; todos esses problemas podem ser prevenidos. Quanto mais cedo a pessoa deixa de beber durante a gravidez tanto menor o risco para o bebê. As que se recusarem a renunciar ao hábito ou a procurar o auxílio dos Alcoólicos Anônimos ou ainda de um médico especializado no assunto ou mesmo de algum outro programa de tratamento do alcoolismo podem considerar o aborto preventivo e o adiamento de nova gestação até que a enfermidade esteja sob controle.

CIGARRO

"Fumo há dez anos. Isso prejudicará o bebê?"

Felizmente, não há provas evidentes de que o hábito de fumar antes da gestação — mesmo durante dez ou vinte anos — venha a prejudicar o feto em desenvolvimento. Contudo, está bem documentado que fumar durante a gestação — sobretudo depois do quarto mês — é ato capaz de aumentar as chances de um amplo leque de complicações da gravidez. Com efeito, o uso de cigarro constitui uma das principais causas de problemas pré-natais. Entre as mais graves estão o sangramento vaginal, o aborto espontâneo, a implantação placentária anormal, o descolamento prematuro de placenta, a ruptura precoce das membranas e o parto prematuro. Tem-se sugerido que até 14% dos partos pré-termo nos Estados Unidos se relacionam ao fumo.

Há também fortes evidências de que o tabagismo da gestante interfere de forma direta e adversa no desenvolvimento do concepto *in utero*. O risco mais comum é o de baixo peso ao nascer. Em nações industrializadas, como os Estados Unidos e a Inglaterra, o tabagismo parece explicar um terço dos casos de bebês pequenos para a idade gestacional. E essa é a principal causa de doença e de mortalidade perinatal (imediatamente antes, durante ou após o parto).

Mas há outros riscos em potencial. Os bebês de mães fumantes têm maior probabilidade de sofrer de apnéia (pausas respiratórias) e duplicada probabilidade de morrer em decorrência da síndrome de morte súbita do lactente (morte no berço). Em geral, os bebês das fumantes não são tão sadios quanto os bebês das não-fumantes ao parto. Os filhos de fumantes de três maços por dia apresentam também um quadruplicado risco de baixo escore de Apgar (ou seja, escore baixo na escala padrão que serve para avaliar a condição do recém-nascido ao nascer), o que significa não serem tão sadios quanto os outros bebês. Há ainda evidências de que, em média, nunca acompanham, em termos de desenvolvimento, os filhos de não-fumantes, de que talvez tenham deficiências físicas e intelectuais mais prolongadas e de que apresentem hiperatividade. Uma pesquisa

[1] Embora a substituição de bebidas alcoólicas por bebidas não alcoólicas semelhantes no aspecto possa funcionar para algumas pessoas, para outras (alcoólatras) pode servir como estimulante a desencadear o desejo de beber. Se for esse o seu caso, evite qualquer bebida ou circunstância que a faça lembrar-se do álcool.

Como Abandonar o Hábito de Fumar

Descobrir a motivação para o tabagismo. Por exemplo, você fuma por prazer, para estimulação ou para relaxamento? Para reduzir a tensão e a frustração, para ter alguma coisa na mão ou na boca, para satisfazer um desejo? Talvez a leitora fume por hábito, acendendo o cigarro sem pensar. Descobertos os motivos do hábito fica mais fácil abandoná-lo e substituí-lo por outras fontes de satisfação.

Descobrir a motivação para o abandono do hábito. Estar grávida é uma boa razão.

Escolher o método para abandonar o vício. Será melhor parar de vez ou devagarzinho? De uma forma ou de outra, determine quando será o "último dia", não muito distante. Para a ocasião, planeje um dia cheio de atividades: coisas que você não associe ao cigarro.

Tentar sublimar a vontade premente de fumar. Entre os elementos que ajudam estão os seguintes:

- Se você fuma sobretudo para manter as mãos ocupadas, deve tentar brincar com um lápis, com as contas de um colar, de um rosário, com palha; polir a prataria, criar uma nova receita nutritiva, escrever uma carta, tocar piano, aprender a pintar, fazer bonecos de pano, fazer palavras cruzadas, desafiar alguém para uma partida de xadrez — qualquer coisa que a faça esquecer do cigarro.
- Se você fuma por gratificação oral, deve buscar um substituto: chicletes sem açúcar, legumes crus, pipoca, uma fatia de pão integral, palitos, uma piteira sem cigarro. Evitar os chocolates, as balas etc.
- Se você fuma para a própria estimulação, deve procurar fazer uma caminhada ligeira, ler um livro interessante, bater um bom papo. É preciso ter certeza de que a dieta contém todos os nutrientes essenciais e de que as refeições são feitas com a devida freqüência, evitando o mal-estar do baixo teor de açúcar no sangue.
- Se você fuma para reduzir as tensões e relaxar, deve tentar os exercícios. Ou as técnicas de relaxamento. Ou tricotar ouvindo música. Ou dar um longo passeio a pé. Ou tentar uma massagem. Ou fazer amor.
- Se você fuma por prazer, deve buscá-lo noutras fontes, de preferência em situações em que não entre o cigarro. Ir ao cinema, visitar butiques para bebês, ir a um museu, ir a um concerto ou ao teatro, jantar com uma amiga alérgica a cigarro. Ou tentar algo mais ativo, como o tênis.
- Se você fuma por hábito, deve evitar as situações em que fuma habitualmente e os amigos fumantes; freqüentar lugar onde seja proibido fumar.
- Se você associa o cigarro com alguma bebida, com algum alimento ou com as refeições, deve evitar essas bebidas e esses alimentos e passar a fazer as refeições noutro local. (Digamos que a leitora fume sempre dois cigarros com o café da manhã mas nunca na cama. Tome o café na cama durante alguns dias.)
- Ao sobrevir a vontade premente de fumar, inspire profundamente diversas vezes, com uma pausa entre as inspirações. Ao fim, prenda a respiração enquanto acende um fósforo. Expire lentamente, apagando o fósforo. Finja que era um cigarro e esmague-o no cinzeiro.

Se você não resistir e fumar um cigarro, não se desespere. Retome ao programa, sabendo que cada cigarro que você *deixar* de fumar estará ajudando o bebê.

Olhe para o cigarro como um problema de fácil solução. Quando você era fumante não lhe deixavam fumar no cinema, no metrô, em certas lojas e até mesmo em alguns restaurantes. É pronto. Agora você tem de convencer a si mesma que não lhe é permitido fumar, e ponto final. Não há alternativa.

revelou que aos 14 anos os filhos de fumantes são mais propensos às doenças respiratórias, têm menor estatura que a dos filhos de não-fumantes e costumam ter menor êxito na escola.

Acreditava-se que o motivo para todas essas dificuldades estava na insuficiente nutrição pré-natal dessas crianças: as mães fumavam em vez de comerem durante a gravidez. Pesquisas recentes, porém, não confirmam essa teoria; as fumantes que se alimentam e que ganham tanto peso quanto as não-fumantes ainda dão à luz filhos menores. A causa parece residir na intoxicação pelo monóxido de carbono e na redução do oxigênio fetal, através da placenta. O ganho desmedido de peso — de dezoito quilos ou mais — é capaz de reduzir um pouco o risco de baixo peso para o feto, não obstante o excesso de peso gere outros riscos para a mãe e para a criança.

De fato, ao fumar, a gestante confina o bebê num "ambiente uterino" cheio de fumaça. O batimento cardíaco fetal se acelera, o bebê apresenta tosse e escarro e, pela oxigenação insuficiente, o bebê não se desenvolve plenamente.

As pesquisas revelam que os efeitos do consumo de cigarros, como os do álcool, são dependentes da dose: o tabaco reduz o peso do bebê ao nascer na proporção direta do número de cigarros fumados: a fumante de um maço por dia apresenta em relação à não-fumante uma probabilidade 130% maior de dar à luz uma criança de baixo peso. Portanto, a redução do número de cigarros fumados por dia já pode ajudar. Entretanto, essa postura pode ser ilusória: a fumante muitas vezes compensa com tragadas mais freqüentes e mais profundas, fumando mais intensamente cada cigarro, o que também acontece ao tentar reduzir os riscos usando cigarros de baixo teor de alcatrão e nicotina.

A situação, contudo, não é de todo ruim. Algumas pesquisas revelam que, quando a gestante renuncia ao hábito de fumar ainda na gravidez inicial — antes do quarto mês —, consegue reduzir os riscos de lesão fetal aos níveis das não-fumantes. Embora quanto mais cedo largar o cigarro melhor, o abandono do hábito, mesmo no último mês, ajuda a preservar o fluxo de oxigênio para o bebê durante o parto. Para algumas mulheres, a renúncia ao hábito é mais fácil na gestação incipiente, ao desenvolverem repentina repulsa pelo cigarro — provável aviso de um corpo intuitivo. Se no entanto você não tiver a boa sorte da aversão natural, recomendamos tentar grupos de ajuda mútua como o dos Fumantes Anônimos. Ou peça ao seu médico a indicação de outros recursos locais. Você pode até mesmo tentar a hipnose.

Entre os sintomas de abstinência apresentados pela maioria das pessoas ao tentar deixar de fumar estão os seguintes, que variam de pessoa para pessoa: ânsia por cigarro, irritabilidade, ansiedade, inquietude, dormência ou formigamento nas extremidades, tonteira, fadiga e distúrbios do sono e do aparelho digestivo. A princípio, algumas pessoas percebem também o comprometimento do desempenho físico e mental. A maioria passa durante algum tempo a tossir mais, já que o organismo agora se vê em condições de eliminar todas as secreções que se acumularam nos pulmões.

Tente diminuir o nervosismo decorrente da falta de nicotina aumentando a ingestão de frutas, de suco de frutas, de leite e de verduras. Elimine temporariamente o consumo de carne de vaca, de aves, de peixe e de queijo; evite a cafeína, que só faz exacerbar os sintomas de abstinência. Repouse bastante (para combater a fadiga) e faça exercícios (para substituir o estímulo proporcionado pela nicotina). Evite a concentração intelectual excessiva durante alguns dias, se necessário e se possível, dedicando-se a tarefas amenas e indo por exemplo ao

cinema ou a outros lugares em que é proibido fumar.

Os piores efeitos da abstinência duram de alguns dias a algumas semanas. Os benefícios, entretanto, duram pelo resto da vida — para você e para o bebê. (Para outras dicas, consulte p. 94).

"Minha cunhada fumou dois maços por dia durante as três gestações. Não teve nenhuma complicação e os filhos nasceram fortes e sadios. Por que devo parar de fumar?"

Todos nós sabemos de histórias de pessoas que venceram desafiando a sorte — do paciente com câncer que tinha uma chance de sobrevida de 10% e que viveu pelo resto de seus dias, da vítima de um terremoto que foi encontrada viva depois de passar dias presa nos escombros de um prédio sem água e sem comida. Estas histórias nos causam admiração. Mas não há o que admirar na gestante que resolve desafiar a natureza fumando durante toda a gravidez para depois de nove meses constatar que dá à luz um filho absolutamente sadio.

Durante a gestação não existem certezas absolutas, só probabilísticas. Mas podemos fazer várias coisas para aumentar ainda mais essa certeza probabilística. Deixar de fumar é uma delas e das mais simples de favorecer a sorte para que tenhamos uma gestação sem complicações e para que tenhamos um filho sadio. É possível que você, mesmo fumando durante toda a gravidez, venha a ter um bebê saudável, mas à custa de um importante risco de que o bebê sofra de alguma das conseqüências arroladas à p. 85. A sua cunhada teve sorte (talvez tenha sido favorecida por fatores hereditários ou de outra natureza que podem perfeitamente não estar a lhe favorecer)[1]; mas talvez você esteja de fato a fim de arriscar a sorte, não é mesmo? Apesar disso repare que talvez essa sorte não seja tão verdadeira assim. Alguns dos déficits físicos e intelectuais que afligem os bebês de fumantes não se manifestam imediatamente. O lactente aparentemente sadio pode transformar-se numa criança que vive doentinha, que é hiperativa ou que tem problemas de aprendizado.

Além do efeito do cigarro sobre o bebê durante a gravidez, há também o efeito do convívio com você, depois de nascido, em ambiente enfumaçado. Os bebês de pais fumantes adoecem mais do que os bebês de não-fumantes: a probabilidade de internação hospitalar nos primeiros anos de vida até a idade escolar é maior.

Assim, você pode perceber que deixar de fumar é o melhor a fazer.

QUANDO OUTRAS PESSOAS FUMAM

"Deixei de fumar, mas meu marido continua com dois maços por dia e alguns dos meus colegas de trabalho fumam como chaminés. Temo que isso possa de algum modo prejudicar o bebê."

O ato de fumar — e isso vai se tornando cada vez mais evidente — não afeta só a pessoa com o cigarro na boca: afeta os que estão à sua volta. Inclusive o feto em desenvolvimento cuja mãe está perto do fumante. Assim, se o seu marido (ou qualquer outra pessoa dentro de casa ou no trabalho, na escrivaninha ao lado) fuma, o corpo do bebê vai se contaminar com os resíduos da fumaça do cigarro tanto como se a *própria gestante* fumasse.

[1] É possível que a razão dos bebês não serem de baixo peso esteja no fato de que ela adquiriu peso em excesso por consumo excessivo de calorias. O aporte calórico acima do que se costuma necessitar pode, em alguns casos, reduzir o risco do bebê da fumante nascer pequeno para a idade gestacional — ou seja, menor do que a média —, mas pode causar outros problemas.

Se o marido não conseguir parar de fumar, peça-lhe para fazê-lo fora de casa ou noutra sala, longe de você e do bebê. O abandono do hábito, decerto, seria melhor, não só para a própria saúde do fumante mas também para o ulterior bem-estar do bebê. As pesquisas revelam que o hábito de fumar dos pais — do pai ou da mãe — é capaz de causar problemas respiratórios em seus filhos, comprometendo-lhes o desenvolvimento pulmonar até a maturidade. Esse hábito pode aumentar as chances de que os filhos também se tornem fumantes.

É provável que você não consiga fazer com que seus amigos e colegas de trabalho abandonem o hábito, mas talvez consiga fazê-los não fumar perto de você. Isso fica fácil quando há leis protegendo os não-fumantes nos locais em que se mora ou em que se trabalha. Se não houver leis nesse sentido, tente a persuasão empática — mostre-lhes por exemplo a matéria neste livro que trata dos efeitos prejudiciais do cigarro sobre o feto. Se isso de nada adiantar, tente outros recursos, por exemplo, mudando o seu escritório para outro lugar durante toda a gestação.

USO DE MACONHA

"Eu costumava fumar maconha socialmente — consentia fazê-lo somente em festas — durante uns 10 anos. Será que isso poderia prejudicar o bebê que estou esperando? Fumar maconha durante a gestação é perigoso?"

Como ocorria com o cigarro há vinte anos, não se têm ainda as evidências dos efeitos do uso da maconha. Logo, os que a usam hoje não passam de cobaias testando uma substância cujos riscos ainda estão por serem documentados. E como a maconha atravessa a placenta, as mulheres que fumam durante a gestação fazem de seus bebês cobaias também.

Costuma-se recomendar aos casais que estão tentando ter filhos que se abstenham do uso de maconha, por ser droga capaz de interferir na concepção. Mas se você já estiver grávida, não há por que se preocupar com o seu hábito pregresso — não há evidências de que prejudique o feto.

Fumar maconha durante a gravidez, porém, é história que parece ter um desfecho menos feliz. Algumas pesquisas mostram, embora não todas, que as gestantes canabistas (usuárias de maconha) quando só fazem uso de um cigarro de maconha por mês exibem maior probabilidade de: ganhar peso insuficiente; sofrer de hiperemese gravídica (vômito pronunciado e crônico), que quando sem tratamento pode interferir seriamente no estado nutricional da gestante; ter trabalho de parto perigosamente acelerado, prolongado ou interrompido, ou ter de submeter-se a parto cirúrgico; ter bebê com baixo peso ao nascer (embora seja pequeno o aumento do risco); apresentar traços de mecônio no líquido amniótico durante o trabalho de parto (uma complicação que pode indicar sofrimento fetal); e ter um bebê que necessite da reanimação cardiorrespiratória depois do parto. Embora não haja nítida evidência de maior incidência de malformações em filhos de canabistas, têm sido relatados casos com características semelhantes à da Síndrome Alcoólica Fetal (ver p. 84), além de tremores, anormalidades da visão e choro que lembra a abstinência na fase de recém-nascido. Demonstrou-se também que a maconha interfere na função placentária e no sistema endócrino fetal, podendo afetar a gestação a bom termo. Segundo as evidências disponíveis, o governo norte-americano adverte que a maconha usada pela gestante pode ser perigosa para a saúde do feto.

Assim, a maconha deve ser encarada como qualquer outra droga ou fármaco durante a gravidez: cumpre não fazer

uso de qualquer deles, a menos que necessários e prescritos pelo médico. Se você já tiver fumado maconha no início da gestação, não há por que se preocupar. Como a maioria dos efeitos negativos da maconha parece ocorrer com a evolução da gestação, é muito improvável que o feto tenha sido prejudicado. Toda gestante que se vê com dificuldade em abandonar a maconha deve comunicar ao seu médico ou recorrer a auxílio profissional tão logo seja confirmada a gravidez.

COCAÍNA E OUTRAS DROGAS

"Cheirei cocaína uma semana antes de descobrir que estava grávida. Agora estou preocupada. Não sei o que posso ter causado ao meu bebê."

Não se preocupe com o uso anterior de cocaína. Apenas certifique-se de que não vai mais usá-la. O uso inadvertido antes de saber que estava grávida pode não ter maior significado, mas o uso persistente durante a gravidez pode ser catastrófico. A cocaína, além de atravessar a barreira placentária, pode lesá-la, reduzindo o fluxo de sangue para o feto e retardando o crescimento fetal. Também pode causar uma série de outras complicações: aborto espontâneo, trabalho de parto prematuro e natimortalidade. No bebê que sobrevive há o risco de acidente vascular ao nascer e de numerosos outros efeitos crônicos. Entre esses estão a diarréia, a irritabilidade, o choro persistente e outras alterações do comportamento, além de anormalidade do ritmo respiratório e das ondas cerebrais. Suspeita-se também que esses bebês apresentem maior risco de síndrome de morte súbita (morte no berço). Mas isso ainda não foi comprovado.

Sem dúvida, quanto mais freqüente o uso de cocaína pela gestante, tanto maior o risco para o bebê. Entretanto, mesmo o consumo esporádico ao fim da gravidez pode ser perigoso. Por exemplo, basta usá-la uma vez no terceiro trimestre para desencadear contrações e anormalidades do batimento cardíaco fetal.

Diga ao médico se já fez uso de cocaína desde que está esperando um filho. Quanto mais o médico souber a respeito de seus hábitos, mais estará preparado para dar-lhe um melhor atendimento. Se tiver dificuldade em renunciar ao hábito completamente, procure de imediato auxílio profissional.

As gestantes que usam drogas de qualquer tipo — outras além das prescritas pelo médico que sabe que você está grávida — colocam também em risco a saúde do bebê. Todas as drogas ilícitas (inclusive a heroína, a metadona, o *crack*, o LSD e o PCP) e todos os medicamentos prescritos de que se abusa (narcóticos, tranqüilizantes, sedativos, comprimidos para emagrecer) podem causar sérios problemas para o feto em desenvolvimento e/ou para a gestação com o uso continuado. Verifique com o médico todas as drogas que está usando ou já fez uso durante a gravidez. Se ainda estiver usando qualquer tipo de droga procure auxílio profissional: médico especializado em adicção, grupos de mútua ajuda etc. É preciso abandonar o hábito agora.

CAFEÍNA

"É difícil para mim começar um dia sem tomar minhas duas xícaras de café. Mas li que a cafeína é capaz de causar anomalias congênitas e baixo peso ao nascimento. É verdade?"

Segundo as pesquisas científicas mais recentes, provavelmente não. A cafeína (encontrada no café, no chá, nas colas e noutros refrigerantes) e a sua parente, a teobromina (encontrada no chocolate), atravessam a placenta e entram na circu-

Alguns Perigos em Perspectiva

Os jornais, o rádio e a televisão bombardeiam a toda hora o público com os riscos que a mulher grávida enfrenta hoje em dia. Se déssemos atenção a tudo que lemos, vemos e ouvimos, provavelmente teríamos que deixar de comer, de beber, de respirar e de trabalhar para não nos expormos a tão famigerados riscos. Mas uma coisa é certa: nunca foi tão seguro engravidar como hoje em dia. Nunca foi tão grande a chance de termos filhos com boa saúde. Os riscos do meio ambiente, quase sempre, são simplesmente teóricos: só uma pequena fração de todas as anomalias congênitas e das complicações durante a gravidez se deve a elas, salvo raras e notórias exceções.

O que a futura mamãe deve fazer? Informar-se bem a respeito desses riscos neste capítulo, colocá-los na devida perspectiva e tomar então a atitude necessária para minimizá-los ou eliminá-los, se for o caso. Os fatores sobre os quais não temos controle mesmo quando estamos grávidas não costumam ter maiores impactos sobre o desfecho da gestação: as que trabalham em terminais de vídeo, as que se expõem à poluição da cidade por monóxido de carbono, a breve exposição a cheiro de tinta, de inseticidas etc. Importância têm os fatores sobre os quais temos controle: atendimento médico regular de boa qualidade, a dieta, o hábito de beber, de fumar, de fazer uso de drogas (lícitas ou ilícitas). Não adianta a mulher se preocupar com cheiro de tinta da sala recém-pintada se continuar a fumar um maço de cigarro por dia durante toda a gravidez. É preciso que se preocupe com aqueles fatores que definitivamente têm algum efeito sobre o bem-estar do bebê.

lação fetal. Entretanto, embora as primeiras pesquisas em animais de experimentação mostrassem numerosos efeitos prejudiciais da cafeína sobre o feto animal em desenvolvimento, as pesquisas em seres humanos até agora não mostram efeitos adversos em decorrência do uso moderado — até três xícaras de café por dia ou seu equivalente com outras bebidas cafeinadas — durante a gravidez.

Mesmo assim, há algumas razões válidas para abandonar as bebidas cafeinadas durante a gestação, ou pelo menos para reduzir o consumo. Em primeiro lugar, a cafeína tem um efeito diurético, promovendo a perda de líquidos e de cálcio — ambos vitais para a saúde materna e fetal. Se você estiver com problema de micção freqüente a cafeína só o acentuará. Segundo, o café e o chá, especialmente quando tomados com creme e açúcar, causam saciedade sem ser nutritivos: podem até prejudicar o seu apetite por alimentos de maior valor nutritivo. O mesmo se pode dizer das colas, que além disso podem conter substâncias químicas questionáveis e açúcar em excesso. Terceiro, a cafeína pode exacerbar as oscilações de humor comuns na gravidez, podendo interferir também no repouso oportuno. Quarto, pode interferir na absorção de ferro de que você e o bebê tanto necessitam. Quinto, pesquisas recentes parecem mostrar que o consumo de cafeína durante a gestação pode resultar no desenvolvimento final de diabetes pelo bebê.[3] Por fim, o fato de que muitas mulheres perdem o gosto pelo café no início da gestação sugere que a mãe natureza considera a substância inadequada para as gestantes.

Como vencer o hábito do café? O primeiro passo, desde que haja motivação,

[3]Esses pesquisadores descobriram que os países em que o consumo de café é mais elevado também apresentam a maior incidência de diabetes; a hipótese é que a cafeína cruza a placenta, acumula-se no pâncreas fetal e acaba por lesar as células que depois produzirão insulina.

é simples durante a gestação: oferecer ao bebê o começo de vida mais sadio possível. A seguir, é preciso determinar o motivo do hábito, quais as bebidas que podem ser usadas para satisfazer essa necessidade. Se for questão de paladar ou de conforto proporcionado pela bebida quente, é só passar para algum substituto que não contenha cafeína (mas que não entre em lugar do leite, dos sucos ou de outras bebidas nutritivas).[4] Quem faz uso de bebida de sabor cola só pelo prazer do paladar pode passar a fazer uso de outros refrigerantes sem cafeína, embora os refrigerantes não devam ter vez numa dieta para gestantes; dê preferência aos sucos naturais de frutas sem adoçá-los artificialmente (de melão, de mamão, de morango etc.) e em todas as combinações possíveis. Já quem bebe refrigerantes por serem refrescantes poderá encontrar mais prazer nos sucos e nas águas minerais, com ou sem gás. Se a falta de cafeína for percebida muito intensamente, a renúncia ao hábito poderá ser reforçada através de exercícios físicos e de alimentação saudável, rica em proteína e carboidratos complexos, ou através de atividades que animem a gestante: dançar, praticar *jogging*, fazer sexo. Embora se sofra um pouco, durante alguns dias, depois de abandonado o café, logo sobrevém um bem-estar extremo. (Decerto a gestante ainda sentirá a fadiga normal da gravidez incipiente.)

Se a gestante beber café, chá ou bebidas sabor cola para se ocupar, que se ocupe com algo mais proveitoso para o bebê. Por exemplo, tricotar, sair para comprar o berço, descascar legumes para o jantar. Se você faz uso de bebida cafeinada como parte do seu ritual diário (hora do cafezinho, ao ler o jornal, ao ver TV), deve mudar o local desse ritual, mudando também a bebida que o acompanha.

Para minimizar os sintomas de abstinência da cafeína. Acontece com qualquer viciado em café, chá ou refrigerantes sabor cola: uma coisa é dizer que vai abandonar o vício, outra coisa é abandoná-lo. A cafeína é uma droga adictiva: os que param repentinamente o consumo poderão experimentar os sintomas de abstinência: cefaléia, irritabilidade, fadiga e letargia, entre outros. Por isso é uma boa idéia suprimi-lo gradualmente — começando pela redução a um nível praticamente seguro de duas xícaras ao dia (com alimento para atenuar o efeito sobre o organismo) durante alguns dias. Então, depois de habituada a duas xícaras, gradualmente diminuir o consumo diariamente: passar a reduzir um quarto de xícara por dia até uma xícara e, por fim, mitigada a necessidade da droga, passar para nenhuma. Outra opção seria usar produtos descafeinados junto com os cafeinados até conseguir a completa eliminação dos últimos.

De qualquer forma, a abstinência será menos incômoda e mais fácil de vencer se você der atenção às seguintes sugestões:

- Mantenha o teor de açúcar no sangue mais elevado — e com ele o seu nível de energia. Adote o hábito das refeições pequenas e freqüentes com alimentos ricos em proteínas e em carboidratos complexos. Certifique-se de tomar os complementos vitamínicos.
- Faça exercícios fora de casa todos os dias.
- Durma o suficiente — o que provavelmente vai ser mais fácil sem a cafeína.

Se achar que a vida sem cafeína não serve para você, não se desespere. Segundo as evidências, uma ou duas xícaras de

[4]Embora os chás descafeinados não estejam contra-indicados, cuidado com os medicinais ou com o uso maciço de chá de ervas; ver p. 368.

café ao dia não devem causar nenhum problema.

SUBSTITUTOS DO AÇÚCAR

"Não quero ganhar muito peso. Posso usar adoçantes?"

Costuma ser uma surpresa desagradável para as adeptas de dieta, mas o uso de substitutos do açúcar raramente ajuda a controlar o peso. Talvez porque a pessoa imagine ter poupado muitas calorias ao substituí-lo e exagere, portanto, nos alimentos. Mesmo que os adoçantes garantissem o controle de peso, recomenda-se cautela com o seu uso em gestantes.

Infelizmente, não são muitas as pesquisas sobre o uso de sacarina durante a gravidez. As pesquisas em animais, contudo, revelam um aumento no câncer da prole quando as fêmeas grávidas ingerem a substância. Somando-se a isso as evidências de que os adoçantes cruzam a placenta humana e são eliminados muito vagarosamente pelo feto, torna-se conduta prudente não usar sacarina durante os preparativos para a gravidez, por ocasião da concepção e mesmo durante a gravidez. Não se preocupe, entretanto, sobre a sacarina consumida antes de saber que estava grávida, já que os riscos, se é que existem, são decerto muito pequenos.

Por outro lado, as pesquisas não revelaram efeitos adversos decorrentes do uso das quantidades típicas do adoçante aspartame (várias marcas no mercado) pela maioria das mulheres durante a gestação.[1] O aspartame compõe-se de dois aminoácidos comuns (fenilalanina e ácido aspártico), mais metanol: os médicos, na maioria, aprovam o uso moderado desse adoçante pelas gestantes. Porém muitos produtos que já vêm adoçados com aspartame não são satisfatórios do ponto de vista nutricional (excesso de aditivos, escassez de nutrientes) e as gestantes deveriam ter critério ao consumi-los. Pode-se usar esse tipo de adoçante para adoçar um iogurte, por exemplo. Mas a ingestão exagerada de bebidas *diet* não seria.

Durante a gestação, os melhores adoçantes são as frutas e os sucos naturais nutritivos. Nos últimos anos, os produtos adoçados inteiramente com frutas e suco de frutas concentrado têm proliferado nas casas de produtos naturais e nos supermercados. Aliás é o que recomendamos sempre (ver Dieta Ideal, p. 126): o uso de produtos naturais em detrimento de todos os artificiais em que chamam a atenção o excesso de substâncias químicas.

GATOS EM CASA

"Tenho em casa dois gatos. Ouvi dizer que gatos são um risco para o feto. Podem passar uma doença. Devo me livrar deles?"

Provavelmente não. Como você convive com eles há algum tempo, é bem provável que já tenha contraído a doença, a toxoplasmose (ver p. 358), e que tenha desenvolvido imunidade a ela. Estima-se que metade da população norte-americana já foi infectada (a estimativa em outros países — na França, por exemplo — chega a 90% da população). Além disso, os índices de infecção são bem mais elevados em pessoas que têm gatos ou que comem carne crua com freqüência ou que bebem leite não-

[1] As mulheres com fenilcetonúria, todavia, precisam limitar a ingestão de fenilalanina. Em geral, são advertidas pra não fazer uso de aspartame. Insinua-se que algumas mulheres — uma entre 10 ou até entre 50 — podem não metabolizar a fenilalanina sem exibir sintomas do problema. Ainda não se comprovou a tese de que essas mulheres pudessem comprometer o cérebro do bebê por consumirem aspartame em grande quantidade.

O Estilo de Vida Durante a Gestação

Você está grávida — de repente começa a ver o mundo de forma muito diferente. E se antes os seus hábitos só diziam respeito a você, agora dizem respeito a duas pessoas: você e seu bebê. Velhos hábitos podem agora tornar-se maus hábitos que você está com pressa de mudar.

Felizmente, existem várias estratégias que a podem ajudar nesse sentido.

Elimine as tentações. Tire da sua vista tudo o que pode ser prejudicial: o vinho na geladeira, o licor bem à mostra no bar, os bombons no vidro num armário da cozinha e assim por diante.

Passe para os substitutos. Aprenda a fazer drinques sem álcool, adote as frutas, prefira o pão integral ao pão branco etc.

Outras dicas para vencer os obstáculos. Um dos principais obstáculos para se mudar de hábito é o esquecimento: facilmente esquecemos de nossos objetivos quando a tentação está por perto. Cole fotografias de bebês sadios e fofinhos na porta da geladeira, no armário da cozinha, na porta do bar, na sua mesa de trabalho. Coloque-as também na sua carteira: toda vez que for pegar dinheiro para comprar uma besteirinha "proibida", a fotografia não lhe deixará esquecer. Se o seu vício é omitir o café da manhã, cole por dentro da porta da sala o seguinte lembrete: "Você já serviu o café da manhã para o seu filho hoje?"

Seja tolerante com você mesmo. Se você cometer o deslize de tomar, por exemplo, um copo de cerveja ou de vinho, **não se dê por vencida:** volte à luta, persista. Tente descobrir o que a levou a reincidir no vício. Procure evitar tais situações.

Identifique e reprima os sentimentos que a fazem fraquejar. São muitas as pessoas que acham difícil manter a dieta, evitar o álcool, o cigarro, as drogas ou mudar outros hábitos negativos em momentos de fome, de rancor, de aborrecimento, de fadiga ou de solidão. Adote as refeições pequenas e freqüentes para afastar sempre a fome. Procure diluir os aborrecimentos e ressentimentos imediatamente, antes deles tomarem conta de você. Repouse bastante — ouça quando o seu corpo lhe diz que vá com calma. E se você se sentir muito só ou aborrecida, parta para alguma atividade estimulante: participe de grupo de gestantes, faça algum curso interessante. Deixe o marido saber que está precisando de mais atenção — e dos motivos que a levam a precisar dessa atenção agora mais do que nunca.

Insista no relaxamento. Muitas vezes é a tensão que nos torna suscetíveis e que nos faz esquecer nossas boas intenções. Tire vários momentos de descanso durante o dia para fazer simples exercícios de relaxamento (ver p. 147).

Aprenda a dizer não. À segunda xícara de café, ao cigarro que lhe é oferecido, ao copo borbulhante que passa à sua frente, aos bombons. Seja educada mas firme: "Você sabe que eu adoro bombom, vó, mas meu filho é muito jovem ainda para eles." Ou então diga: "Obrigada, mas vou brindar ao seu aniversário com suco de laranja, meu bebê ainda é menor de idade."

Encontre um aliado. O marido é a opção lógica, mas pode ser qualquer outra pessoa, do trabalho, da família ou seja quem for que fique muito tempo junto a você. O aliado deverá aderir às novas regras do jogo quando estiver com você; isso ajuda a reforçar a sua resolução e a eliminar muitas tentações.

Se você não conseguir mudar de hábitos sozinha, peça ajuda. Alguns hábitos são mais difíceis de mudar do que outros. Se tiver dificuldade com algum potencialmente perigoso, seja fumar, beber ou usar drogas, trate de procurar ajuda profissional ou algum grupo de mútua ajuda.

pasteurizado (veículos que transmitem a doença). Se você ainda não fez o exame para saber se já adquiriu a imunidade no pré-natal, é improvável que venha a fazê-lo agora — a menos que mostre sintomas da doença (embora alguns médicos façam o exame regularmente em gestantes que convivem com muitos gatos).

Se você fez o exame e não é imune, ou se não tem certeza de que seja ou não, tome as seguintes precauções:

- Chame o veterinário para ver se os gatos têm a infecção. Se um deles tiver, entregue-os a outra pessoa para tomar conta deles durante pelo menos seis semanas — período em que a doença é transmissível. Se não tiverem a infecção, mantenha-os livres dela, não lhes dando carne crua, não os deixe passear na rua, nem caçar camundongos ou passarinhos (que podem transmitir a toxoplasmose aos gatos) ou conviver com outros gatos. Peça a outra pessoa para limpar o caixotinho ou a casinha. Se tiver de ser você mesma, use luvas e lave as mãos ao acabar. Se dormem em caminha com palha, esta deve ser trocada diariamente porque os oócitos que transmitem a doença se tornam mais contagiosos com o tempo.

- Use luvas ao jardinar. Não deixe os seus filhos brincar na areia em que gatos possam ter depositado as fezes. Lave as frutas e verduras, especialmente as da horta doméstica, com detergente (enxaguando completamente) e descasque e/ou cozinhe os legumes.

- Não coma carne bovina crua ou malcozida. Não beba leite não-pasteurizado; em restaurantes peça sempre carne bem passada.

Há médicos insistindo para que o teste seja feito de rotina antes da fecundação ou no início da gestação em todas as mulheres. As que forem imunes podem relaxar (teste positivo), as demais devem tomar as precauções necessárias para prevenir a infecção. Já outros médicos acham que o custo desse teste não justifica os possíveis benefícios.

SAUNAS, BANHOS QUENTES DE IMERSÃO ETC.

"Nós temos banheira em casa. Posso usá-la enquanto estiver grávida?"

Você não precisa aderir à ducha fria. Mas é bom evitar os banhos prolongados de imersão em água quente. Tudo o que faz a temperatura do corpo subir além de 38,9°C e a mantém durante algum tempo nesses níveis — banho de banheira, banho de chuveiro muito quente, muito tempo na sauna (seca ou a vapor), trabalho físico excessivo em época de calor, ou até uma virose — é potencialmente perigoso para o embrião ou o feto em desenvolvimento, sobretudo nos primeiros meses. Algumas pesquisas mostraram que o banho de imersão em água quente (ou a imersão em piscina térmica) não eleva a temperatura da mulher a níveis perigosos imediatamente — leva pelo menos 10 minutos (ou mais, se os ombros e os braços não estiverem submersos ou se a temperatura da água for inferior a 38,9°C) —, mas como varia a reação de cada um e também variam as circunstâncias, tome as devidas precauções: prefira o certo pelo incerto e não entre na piscina ou na banheira. Mas não se acanhe em molhar os pés.

Se você tem dado alguns mergulhos em águas mais quentes, provavelmente não há motivo para alarme. As pesquisas mostram que as mulheres saem do banho antes do corpo atingir os 38,9°C; porque se sentem incomodadas. É pro-

vável que você também tenha a mesma atitude. Mas, se estiver preocupada, fale com o obstetra a respeito sobre a possibilidade de fazer uma ultra-sonografia ou algum outro exame pré-natal para se tranqüilizar.

A permanência prolongada na sauna também não se recomenda, embora não existam evidências concretas. A sauna em fins de semana é costume na Finlândia, mesmo para gestantes, e apesar disso as anomalias do sistema nervoso central que se atribuem à hipertermia (perigosa elevação da temperatura do corpo) não são comuns nos bebês naquele país. Apesar disso, os especialistas norte-americanos recomendam evitar as saunas.

EXPOSIÇÃO A MICROONDAS

"Li que a exposição a forno de microondas é perigosa para o feto em desenvolvimento. Devo deixar de usar o nosso até o nascimento do bebê?"

O forno de microondas pode ser o melhor amigo da futura mamãe, permitindo a feitura de refeições rápidas e nutritivas. Mas como tantos outros de nossos milagres modernos, fala-se que pode ser também uma ameaça moderna. O nosso comprometimento pela exposição às microondas é ainda questão muito controvertida. É necessário pesquisar muito mais sobre o assunto para que se venha a conhecer a resposta definitiva. Acredita-se, contudo, que dois tipos de tecido humano — o feto em desenvolvimento e o olho — sejam particularmente vulneráveis aos efeitos das microondas, por terem pouca capacidade de dissipar o calor por elas gerado. Assim, em vez de desligar o forno de microondas, a gestante deve é tomar algumas precauções.

Em primeiro lugar, certifique-se de que não há escapamentos no forno. Não o opere se o selo da porta estiver danificado, se o forno não fecha direito, ou se tem alguma coisa presa na porta. Para testar a presença de escapamento, solicite a ajuda de serviço especializado. Não fique junto ao forno enquanto estiver em funcionamento. Por fim, siga à risca as instruções do fabricante.

ALMOFADAS E COBERTORES ELÉTRICOS

"Usamos cobertores elétricos durante todo o inverno. Isso é seguro para o bebê que estou esperando?"

Você pode se aconchegar mais ao seu companheiro. Mas se os pés dele estiverem tão frios quanto os seus, aumente a temperatura do ambiente, se dispuser de aquecimento central, ou aqueça a cama com o cobertor e desligue-o antes de entrar nela. Os cobertores elétricos podem elevar muito a temperatura do corpo. Embora seu uso não tenha sido associado à lesão fetal, em tese esse risco existe. Além disso, embora as pesquisas sejam contraditórias, alguns pesquisadores dizem haver também algum risco decorrente do campo eletromagnético criado por esses cobertores. Portanto, seria prudente tentar outras formas de aquecimento. Mas não se preocupe com as noites em que você já dormiu sob ele — mesmo em tese, a chance de que o bebê tenha sofrido lesão é extremamente remota.

Seja cautelosa também ao usar uma almofada elétrica (que costuma ser usada em lugar da bolsa de água quente). Se o seu uso foi recomendado pelo médico, envolva-a numa toalha para reduzir a transmissão de calor, limite as aplicações a 15 minutos e não durma com ela.

Os colchões de água que dispõem de aquecimento elétrico também têm sido vinculados a problemas na gravidez. Parece que aumentam o risco de aborto espontâneo. Para os cientistas, esse efeito seria decorrente do campo eletromagnético ali gerado. Embora o risco deva ser muito pequeno, procure mudar para outro tipo de colchão ou então durma no sofá até o bebê chegar.

RAIOS X

"Tirei radiografia dos dentes antes de saber que estava grávida. Será que prejudiquei o bebê?"

Não se preocupe. Primeiro, para a radiografia dentária, os raios X não apontam na direção do útero. Segundo, o avental de chumbo protege de forma eficaz o útero e o bebê contra a radiação.

Determinar a segurança de outros tipos de raio X durante a gravidez é algo mais complicado, mas está claro que o exame radiológico-diagnóstico raramente representa ameaça ao embrião ou ao feto. Três são os fatores que determinam se a radiação X será ou não prejudicial:

- **A quantidade de radiação.** A lesão grave ao embrião ou ao feto só ocorre com doses muito elevadas (50 a 250 rads). Parece não ocorrer qualquer lesão a doses inferiores a 10 rads. Como os modernos equipamentos radiológicos raramente emitem mais do que 5 rads durante um exame diagnóstico típico, tais exames não representam problema durante a gravidez.

- **Quando a exposição ocorre.** Mesmo em altas doses, parece não haver risco teratogênico ao embrião antes do implante (do sexto ao oitavo dia após a fecundação). Há um risco um pouco maior de lesão durante o período inicial da formação dos órgãos do bebê (terceira à quarta semana após a fecundação), persistindo algum risco de lesão do sistema nervoso central durante toda a gravidez. Mas isso só em altas doses.

- **Quando há verdadeira exposição do útero.** Os equipamentos de hoje são capazes de se restringir a irradiar a área que precisa ser examinada. Protegem o restante do corpo da exposição à radiação. Os exames, na grande maioria, podem ser feitos com um avental de chumbo a cobrir o abdome e a pelve da mãe (e portanto o útero). Entretanto, mesmo o raio X abdominal dificilmente é perigoso, já que praticamente nunca emite mais do que 10 rads.

Naturalmente não convém assumir riscos desnecessários, por menores que sejam. Por isso é que se recomenda o adiamento de raio X de rotina até após o parto. Já os riscos necessários são outra questão. Como a probabilidade de lesão do feto pela exposição à radiação X é pequena, a saúde da gestante não deve ser posta em perigo pelo adiamento de um exame genuinamente necessário. Além disso, os pequenos riscos do exame radiológico durante a gravidez podem ser minimizados pela observação das seguintes indicações:

- Informar sempre o médico solicitante e o técnico da radiologia sobre a gravidez.

- Nunca fazer radiografia, mesmo dentária, durante a gestação quando os benefícios não suplantarem os riscos. (Ler Ponderando Riscos *versus* Benefícios, p. 106.)

- Não fazer a radiografia se outro procedimento diagnóstico, mais seguro, puder ser usado em seu lugar.

- Havendo necessidade de exame radio-

lógico, certificar-se de que será feito em instituição devidamente licenciada, ou que seja submetida a inspeção freqüente. O equipamento deve estar em boas condições e ser operado por técnico devidamente treinado, sob a supervisão de radiologista (de tempo integral). O equipamento radiológico deve permitir, sempre que possível, a exposição apenas da menor área necessária. O útero deve ser protegido por avental de chumbo.

- Cumpre seguir com atenção as instruções do técnico — sobretudo a de não se mexer durante o exame — para que não se tenha de repetir a chapa.

- O mais importante, contudo, se houver necessidade de alguma radiografia, é não perder tempo se preocupando com as possíveis conseqüências. É maior o perigo para o bebê quando a gestante se esquece de usar o cinto de segurança.

RISCOS DOMICILIARES

"Quanto mais leio, mais me convenço de que a única forma de proteger o bebê nessa época é passando o resto da gravidez trancada num quarto esterilizado. Até minha casa oferece riscos."

As ameaças que a gestante e o bebê enfrentam, em decorrência do crescente número de riscos ambientais, inclusive no próprio quintal de casa, perdem rapidamente a relevância quando comparadas às ameaças enfrentadas por nossos avós, quando a moderna obstetrícia ainda engatinhava. Todos os perigos do meio ambiente juntos (à exceção do álcool, do tabaco e de outros medicamentos) são bem menos ameaçadores à gestante e ao bebê do que os criados por uma parteira inexperiente ao atender os nossos ancestrais sem sequer lavar as mãos. Assim é que, apesar do alarde que se faz a respeito dos perigos que nos circundam, repetimos: a gestação e o parto nunca foram tão seguros como hoje.

Não obstante ser desnecessário abandonar a casa e mudar-se para um quarto esterilizado, algumas precauções decerto se justificam quando se trata dos riscos domiciliares:

Produtos de limpeza. Como muitos produtos de limpeza vêm sendo usados já há muito tempo e nunca se notou correlação entre casas limpas e anomalias congênitas, é improvável que os desinfetantes de banheiro ou de cozinha ou que os lustra-móveis venham a comprometer o bem-estar do bebê. Com efeito, é provável que verdadeiro seja o contrário: a eliminação de bactérias e de outros microorganismos pelo cloro, pelo amoníaco e por outros agentes de limpeza é bem capaz de proteger o bebê graças à prevenção de infecções.

Não há pesquisa a demonstrar que a inalação incidental e ocasional de desinfetantes domésticos comuns tenha efeitos deletérios sobre o feto em desenvolvimento; por outro lado, também não há pesquisa demonstrando que a inalação freqüente seja completamente segura. Se a leitora já se "expôs" aos produtos de limpeza, não há motivo para preocupação. Mas, pelo resto de sua gravidez, procure fazer a sua limpeza de casa com mais prudência. Faça do seu nariz, e das recomendações seguintes, o indicador de possíveis substâncias químicas perigosas:

- Quando o produto apresentar cheiro forte ou gases, não o aspire diretamente. Use-o em área com boa ventilação, ou não o use de forma alguma.

- Use *spray* para pulverização em vez de aerossóis.

- Nunca misture amoníaco com produ-

tos clorados (mesmo quando não estiver grávida); a mistura gera gases letais.

- Procure evitar produtos cujos rótulos tenham advertências quanto à toxicidade.

- Use luvas de borracha durante a limpeza. Poupam a pele de suas mãos e impedem a absorção cutânea de substâncias potencialmente tóxicas.

Chumbo. Não que as gestantes precisem de alguma coisa a mais para se preocupar, mas nos últimos anos descobriu-se que o chumbo — que há muito se descobrira ser o causador da redução do QI em crianças que o ingeriram de tinta que se soltava de brinquedos — pode também afetar a gestante e o feto. A exposição maciça coloca a gestante em risco de hipertensão induzida pela gravidez e inclusive em risco de perder o bebê. O bebê fica exposto a uma série de problemas, desde graves distúrbios do comportamento e de natureza neurológica a anomalias congênitas de menor importância relativa. Os riscos são multiplicados quando o bebê é exposto ao chumbo no útero e continua a ser exposto depois do nascimento.

Felizmente, é bastante fácil evitar a exposição ao metal e as consequências que essa acarreta. Eis como: como a água de beber é fonte comum de chumbo, certifique-se de que a sua não o contém (ver adiante). As tintas são também fonte de chumbo. Se a tinta da parede de sua casa vai ser removida, afaste-se da casa durante o trabalho. Há ainda outras fontes: pratos antigos, louça feita em casa e também muito velhas etc. Em caso de dúvida, não as use para servir ou para guardar alimentos, particularmente os mais ácidos (vinagre, tomates, vinho, refrigerantes etc.).

Água de torneira. A água só fica atrás do oxigênio no rol das substâncias essenciais à vida. Embora o jejum não seja por certo uma recomendação médica, os seres humanos são capazes de sobreviver até por uma semana sem alimento, mas só por alguns dias sem água. Em outras palavras: há mais que se preocupar se a gestante *deixar* de beber do que se fizer o contrário.

É verdade que, há algum tempo, acarretava graves riscos às vidas dos que bebiam a água de torneira. Mas a forma moderna de tratamento da água veio eliminá-los, ao menos nas regiões desenvolvidas do globo. Embora haja quem suspeite de que se tenha criado uma nova ameaça ao concepto pelas substâncias químicas empregadas na purificação da água, não há evidências conclusivas de que isso seja verdade. Ademais, nas cidades em que se utilizam sistemas com filtros no processo de purificação, em lugar das substâncias químicas, está eliminado qualquer risco dessa natureza.

Inseticidas. Embora alguns insetos, como certas mariposas, sejam bastante danosos às árvores e às plantas de um modo geral, e outros o sejam à nossa sensibilidade estética, como as baratas e as formigas, dificilmente representam risco à saúde dos seres humanos — mesmo dos grávidos. Via de regra, é mais seguro conviver com eles do que eliminá-los através de inseticidas, alguns dos quais foram vinculados a anomalias congênitas.

Naturalmente, os vizinhos podem não concordar — a menos que alguém também esteja grávida ou tenha filhos pequenos. Nos casos em que a pulverização de inseticida está sendo feita por toda a vizinhança, só convém sair à rua depois de dissipado o cheiro, coisa que pode levar de dois a três dias. Dentro de casa convém manter fechadas as janelas. Se o síndico resolveu fazer a dedetização de todos os apartamentos de seu prédio, peça para não fazer no seu, se possível. Caso contrário, certifique-se de que todos

os armários estejam fechados, para evitar a contaminação do seu conteúdo, e de que todas as superfícies de preparação de alimentos estejam cobertas. Procure passar uns dois dias em casa de parentes ou de amigos e ventile o seu apartamento o mais que puder. Os inseticidas só geram perigo enquanto persistirem os gases. Quando estes já tiverem assentado, é preciso lavar bem todas as superfícies em que são preparados os alimentos junto à área dedetizada.

Em caso de exposição acidental a inseticidas ou herbicidas, não se alarme. A exposição breve, indireta, dificilmente causará algum mal ao bebê. O que faz crescer o risco é a exposição freqüente, prolongada, à semelhança da exposição ocupacional a substâncias químicas (como numa fábrica ou campo fortemente pulverizado).

Toxicidade das tintas. Em todo o reino animal, o período que antecede o nascimento (ou a postura de ovos) é o de emocionada preparação para a chegada da nova prole. Os pássaros arrumam os ninhos, os esquilos recobrem as casinhas nas árvores com folhas e raminhos, os pais humanos se embrenham por entre pilhas de papel de parede e tecidos os mais variados.

E quase sempre pinta-se o quarto do tão esperado bebê. Isso, nos dias em que as tintas se baseavam em arsênico ou chumbo, podia criar uma ameaça à saúde do concepto. Durante algum tempo passou-se a acreditar que as modernas tintas de látex eram muito mais seguras. Recentemente constatou-se que podem conter quantidades excessivas de mercúrio. As normas do governo norte-americano hoje exigem que as tintas não contenham esse elemento. Mas como ainda não se sabe que novos riscos as tintas nos reservam, não se pode considerar a pintura uma atividade recomendável à gestante — mesmo para aquela que tenta desesperadamente manter-se ocupada nas últimas semanas de espera. Ficar se equilibrando no alto de escadas no mínimo é perigoso, e o cheiro de tinta pode causar náusea. É bom que o futuro papai, ou alguma outra pessoa, se encarregue desse aspecto dos preparativos.

Durante a pintura, fique fora de casa. Ficando ou não dentro de casa, porém, é preciso abrir bem as janelas para a boa ventilação do ambiente. Cumpre evitar a exposição aos removedores de tinta, sempre altamente tóxicos, independentemente de sua natureza. E não participe do processo de remoção (seja de que maneira for), sobretudo se a tinta a ser removida contém mercúrio ou chumbo.

POLUIÇÃO ATMOSFÉRICA

"Parece que quando se está grávida nem respirar é seguro. A poluição atmosférica urbana prejudica o bebê?"

Quem vive junto a um terminal rodoviário ou passa a noite numa cabine de pedágio de uma rodovia sempre

Deixe a Sua Casa Respirar

Embora a correta vedação do domicílio ajude, nos Estados Unidos, a reduzir o consumo de energia, também aumentará o risco de poluição do ar ambiente (no interior da casa). Portanto, recomenda-se não calafetar todas as aberturas e todas as frestas nas portas e janelas. É preciso deixar que um pouco de ar fresco entre e que um pouco do ar no interior saia. Se o tempo permitir, mantenha as janelas abertas.

Para Eliminar a Poluição Doméstica: a Solução Verde

Não há como eliminar totalmente a poluição dentro de casa. Os móveis, as tintas, os carpetes, as cortinas, todos podem desprender poluentes na atmosfera que se respira dentro de casa. Mesmo que não haja comprovação de que essa forma de poluição seja prejudicial a você ou ao bebê, não é difícil fazer alguma coisa para reduzi-la. Muito simples: coloque plantas no interior da casa: as plantas têm a capacidade de absorver gases nocivos e de liberar oxigênio no ambiente, além de enfeitá-lo.

congestionada decerto está expondo o concepto a um excesso de poluentes e privando-o de oxigênio. Mas o ar de uma grande metrópole, quando nela se respira normalmente, não chega a criar maiores riscos, sobretudo ao se levar em conta a outra possibilidade — deixar de respirar. Em todo o mundo, são milhões de mulheres que vivem e que respiram nas grandes cidades e dão à luz milhões de bebês sadios. Mesmo no decênio de 60, quando se vivia o auge da poluição em lugares como Los Angeles e Nova York, não foram documentadas lesões ao concepto.

O ato de respirar cotidianamente, portanto, não terá efeitos deletérios para o bebê. No entanto, na mãe intoxicada por monóxido de carbono o feto parece nada sofrer na gestação incipiente (embora o possa na intoxicação por essa substância em gestação mais adiantada). Todavia, é de bom senso evitar a exposição a doses muito elevadas de qualquer poluente. Eis como:

- Evitando as salas cheias de fumaça por períodos prolongados e freqüentes. Lembrar que os charutos e os cachimbos, por não serem inalados, enfumaçam ainda mais o ambiente do que os cigarros. Peça à família, aos seus convidados e aos colegas de trabalho para não fumarem na sua presença.

- Verifique se o seu carro está com o escapamento em ordem, se não há vazamento de gases tóxicos e se o cano de descarga não está ficando enferrujado. Nunca dê partida no carro com as portas da garagem fechadas; mantenha fechada a porta traseira da camionete quando o motor estiver ligado; evite entrar em filas nos postos de gasolina, com os carros a expelirem monóxido de carbono; ao dirigir em tráfego pesado, feche a janela do carro.

- Nos Estados Unidos muitas cidades possuem um sistema de alarme em caso de poluição atmosférica maciça. A recomendação é de que a gestante fique em casa, com as janelas fechadas e o ar-condicionado ligado, caso tenha um. De resto, é seguir as instruções dadas aos moradores do lugar que se acham em maior risco.

- Recomenda-se não correr, não caminhar e não andar de bicicleta em rodovias congestionadas, nem fazer exercícios ao ar livre quando a poluição atmosférica é intensa: durante a atividade física se respira mais ar — e também mais poluição.

- Certifique-se da devida ventilação dos fogões a gás, das lareiras e dos fogões a lenha de sua casa. Se não estiver correta, a casa pode encher-se de monóxido de carbono e de outros gases possivelmente perigosos.

- Preserve o ar em torno da lavanderia doméstica com folhagens. As plantas

vivas melhoram a qualidade do ar dentro e ao redor da casa.

- Se você trabalhar em terminal de ônibus ou numa cabine de pedágio em rodovia movimentada, considere a possibilidade de uma transferência temporária para o serviço de escritório para eliminar mesmo o risco hipotético de que a poluição possa prejudicar o bebê.

RISCOS OCUPACIONAIS

"Ouve-se falar muito dos perigos no local de trabalho, mas como saber se o ambiente onde se trabalha é seguro?"

Só muito recentemente é que se começaram a explorar e a identificar os riscos ocupacionais e as ameaças que pairam sobre a fertilidade de trabalhadores e trabalhadoras e sobre o bem-estar de seus filhos ainda em gestação. As pesquisas têm se revelado inconclusivas, como acontece sempre que se tenta verificar as relações de causa e efeito entre fatores do meio ambiente e complicações gestatórias. Em primeiro lugar, é difícil separar todos os possíveis fatores de risco existentes na vida de uma mulher, ou provar que o desfecho desfavorável não tenha sido causado por alguma intercorrência genética. Em segundo lugar, embora muitas pesquisas freqüentemente propiciem resultados curiosos, não há como aplicá-los aos seres humanos, já que a experimentação nestes não é, obviamente, exeqüível.

Logo, os efeitos no homem só podem ser determinados através de pesquisas epidemiológicas, que são conduzidas de duas formas: na primeira, grandes grupos de mulheres expostas a certas substâncias são acompanhados para se verificar qual o desfecho de sua gestação (se houve abortamento, se o filho nasceu com anomalia congênita etc.); na segunda, estuda-se um pequeno grupo de mulheres que apresentou desfecho gestacional desfavorável, tentando-se descobrir se todas partilharam de um fator de risco em comum. Nas duas formas, os resultados auferidos não permitem respostas definitivas ao problema: funcionam como meros indicadores.

Pelo que se sabe hoje, é certo que determinados ambientes de trabalho apresentam riscos às gestantes — indústrias químicas, centros cirúrgicos, setores de radiologia etc. Outros ambientes até agora são considerados com incerteza, dada exigüidade das pesquisas efetuadas para que se lhes comprove a segurança — ou a insegurança. Na maioria dos ambientes de trabalho, muitas das preocupações sobre possíveis riscos são injustificadas.

Damos a seguir um resumo do que se sabe (e do que não se sabe) sobre a segurança em certas profissões e ocupações durante a gravidez.

Trabalho em escritório. Hoje, nos Estados Unidos, são mais de 10 milhões de mulheres que se sentam atrás de escrivaninhas e que operam terminais de computador. Muita controvérsia ainda existe sobre os possíveis riscos para as gestantes da radiação emitida por tais terminais. As pesquisas feitas nesse sentido, desde o início da década de 80, têm sido inconclusivas. Uma dessas pesquisas mostrou aumento na incidência de aborto entre mulheres que usavam os terminais durante mais de 20 horas por semana. Mas a causa desses abortos espontâneos poderia estar em qualquer outro fator não-identificado, já que a radiação dos terminais é baixa (inferior à da luz do sol). Sem dúvida fazem-se necessárias pesquisas mais prolongadas para esclarecer o assunto com certeza. Mas, até que se tenham as conclusões, o pânico não se justifica, muito menos trocar de emprego. Entretanto, se a questão

a preocupa, talvez prefira tomar algumas precauções para minimizar os riscos possíveis. Considere o seguinte:

- Nenhum problema gestacional foi encontrado em gestantes que faziam uso de terminais por menos de 20 horas na semana. Se você usar o terminal durante menos de vinte horas, parece que conseguirá eliminar até mesmo os riscos teóricos.

- Se o problema à saúde está na radiação, afirmam alguns, então é mais perigoso sentar *atrás* do terminal do que na frente da tela (a parte de trás emite mais radiação). Se você trabalha em posição inconveniente, atrás de vários terminais, por exemplo, tente mudar o local da mesa de trabalho.

- Outras medidas — uso de avental protetor, de filtro sobre a tela (contra a radiação não-ionizante) — têm se mostrado controversas. Para alguns são absolutamente ineficazes.

Embora não se tenha provado que os terminais possam ser causa de aborto, há evidências de que podem causar vários desconfortos físicos: dor no pescoço, no punho, no braço, nas costas, além de tonteira e dor de cabeça. Tais problemas podem complicar os já inerentes à gravidez. Para reduzi-los, tente o seguinte:

- Não fique sentada o tempo todo durante o dia — levante-se e caminhe, mesmo que seja na mesma sala.

- Faça exercícios de alongamento ou de relaxamento (ver p. 230) periodicamente enquanto estiver sentada no terminal.

- Use cadeira de altura ajustável com apoio para a parte baixa das costas. Certifique-se de que o teclado e o monitor estejam em altura cômoda.

- Certifique-se de que os óculos são apropriados ao uso do terminal.

Profissões da área de saúde. Desde o dia em que o primeiro médico atendeu o primeiro paciente, todos os profissionais de saúde (médicos, veterinários, dentistas, enfermeiras, técnicos de laboratório etc.) passaram a arriscar com freqüência a própria vida para salvar a de outras pessoas. Embora os riscos façam parte inevitável do trabalho, convém que a profissional da área de saúde, sobretudo quando grávida, se proteja o mais que puder. Entre os possíveis riscos estão a exposição a gases anestésicos (seja por escapamento no centro cirúrgico ou pelo que é eliminado pelos pacientes no pós-operatório imediato), a substâncias químicas (óxido de etileno e formaldeído, por exemplo) usadas na esterilização de equipamentos, à radiação ionizante (usada no diagnóstico e no tratamento de várias doenças),[5] a agentes antineoplásicos (contra o câncer) e a infecções, como a hepatite B e a AIDS. Dependendo do risco em particular a que se está exposto, é preciso tomar várias precauções ou passar para uma especialidade mais segura durante algum tempo.

O trabalho em fábricas. A segurança do ambiente de trabalho numa fábrica depende do que lá se fabrica, por exemplo, e do esclarecimento a respeito de higiene e segurança do trabalho por parte de quem a administra. As gestantes devem evitar uma série de substâncias no ambiente de trabalho. Entre essas estão: os agentes alquilantes, o arsênico, o benze-

[5] Muitos técnicos que trabalham em raios X diagnósticos de baixa dosagem não ficarão expostos a níveis perigosos de radiação. Recomenda-se, porém, que mulheres em época de trabalho de parto, e que executem serviço com uma dosagem mais elevada de radiação, usem um dispositivo que mantenha o registro da exposição diária, para assegurar que a exposição cumulativa anual não exceda os níveis de segurança.

no, o monóxido de carbono, os hidrocarbonetos clorados, o dimetil sulfóxido, os compostos mercuriais orgânicos, o chumbo, o lítio, o alumínio, o óxido de etileno, a dioxina e as bifenilas policloradas. Sempre que forem instituídos os devidos protocolos de proteção ocupacional, a exposição a tais toxinas pode ser evitada.

Aeromoças e comissárias de bordo. Tem-se sugerido que o vôo em grandes altitudes expõe a tripulação a excessiva radiação solar (sobretudo em quem voa com freqüência). A radiação é mais intensa junto aos pólos e menos intensa no equador. Recomenda-se que as pessoas que voam por longas distâncias, sobretudo na proximidade dos pólos, considerem a mudança para rotas mais curtas a menor altitude durante a gravidez. Ou que dêem preferência ao trabalho no solo. Se estiver preocupada a respeito, discuta o assunto com o médico — ele pode tranqüilizá-la.

Trabalho físico extenuante. Todo o trabalho que envolve grande esforço físico, que exige muito tempo de pé, que exige mudança de turnos etc., aumenta o risco de aborto precoce e tardio, além de aumentar o de parto prematuro e de natimortalidade. Se você estiver num desses casos, peça a transferência para alguma atividade menos extenuante até se recuperar do parto e do puerpério. (Ver p. 241 para outras recomendações.)

Outras ocupações. As professoras e as assistentes sociais que lidam com crianças pequenas podem entrar em contato com infecções potencialmente perigosas, como a rubéola. As que lidam com animais, que trabalham em açougues ou que inspecionam açougues e frigoríficos podem estar expostas à toxoplasmose (embora possam já ter desenvolvido a imunidade, caso em que o bebê não estará em risco). As que trabalham em lavanderias também se expõem a uma série de infecções. Se você trabalhar em lugar onde há risco de infecção, tome as precauções necessárias. Vacine-se, se for o caso, ou use luvas, máscaras etc. (Ver as várias infecções separadamente.)

Artistas, fotógrafas, esteticistas, agricultoras e muitas outras profissionais podem estar expostas a uma ampla variedade de substâncias químicas possivelmente perigosas durante o seu trabalho. Quem trabalha com substâncias suspeitas deve tomar certas precauções, que em alguns casos pode significar não fazer a parte do trabalho que envolve o uso de tal substância. Não se preocupe em excesso com a exposição que já ocorreu: na maioria dos casos a exposição que não foi maciça o suficiente para causar problemas na mãe dificilmente causará alguma lesão no feto.

Silêncio, por Favor

De todos os riscos ocupacionais, o ruído é um dos mais prevalentes: já se sabe há muito tempo que causa perda da audição nas pessoas expostas regularmente. Mas não se sabe como poderia afetar o bebê dentro da barriga da mãe — se é que chega a afetá-lo. Descobriu-se que o ruído aumenta o risco de aborto espontâneo em animais, mas não está claro se tem o mesmo efeito em seres humanos. As pesquisas que visavam determinar se a exposição ao ruído em excesso poderia causar anomalias congênitas deram resultados contraditórios. Tampouco se sabe se as vibrações, que muitas vezes acompanham o ruído, são prejudiciais. Até que se saiba mais sobre o assunto, convém que a gestante que trabalhe em ambiente com ruído em demasia ou que esteja exposta a vibração tente conseguir uma transferência temporária do setor, só por medida de precaução.

O Que É Importante Saber: A Sorte do Bebê

Quando um jogador de roleta aposta no seu número de sorte, suas chances de acertar são bastante remotas. O mesmo se dá quando a gestante, inadvertidamente ou não, coloca em jogo a sorte do bebê, expondo-o a teratógenos, substâncias potencialmente lesivas a ele. Quase sempre, ao se jogar com a sorte do bebê, nada lhe acontece, ele nada sofre.

Embora a isso se dê o nome sorte, são vários os fatores que a determinam, como no caso da roleta, cuja interrupção do movimento depende do peso da roda, do atrito que encontra e da força com que é rolada. Assim, entre os fatores que determinam a sorte do bebê estão:

A potência das substâncias teratogênicas. São muito poucas as substâncias teratogênicas potentes. A talidomida, por exemplo, droga usada no início da década de 60, causava sérias deformidades em todos os fetos a ela expostos no útero, num momento particular de seu desenvolvimento (1 entre 5 de todos os bebês expostos em qualquer momento pré-natal). Outro medicamento, o Accutane, usado no tratamento da acne, só mais recentemente conhecido como teratogênico, causava anomalias quase em 1 entre 5 exposições. No outro extremo estão drogas como o hormônio Provera — um progestásico — que, segundo se pensa, só raramente causam anomalias (no caso do Provera estima-se que 1 entre 1.000 fetos expostos). A maioria dos medicamentos situa-se entre esses dois extremos e, felizmente, poucos são tão potentes quanto a talidomida e o Accutane (e compostos afins deste último).

Muitas vezes é dificílimo dizer se determinada droga é teratogênica de fato, mesmo quando seu uso pareça estar vinculado à ocorrência de certas anomalias congênitas. Digamos que apareça uma anomalia, por exemplo, em bebês cujas mães fizeram uso de determinado antibiótico para o tratamento de alguma infecção durante a gravidez que se acompanhava de febre alta. A causa da anomalia poderia estar na febre ou na infecção, não no medicamento. Ou então, conforme se conjetura no caso do Provera, que era usado para prevenir o aborto espontâneo, as malformações vinculadas a seu emprego talvez nada tenham a ver com o medicamento, mas se apresentam apenas porque a droga evitou o aborto de um embrião já malformado.

A suscetibilidade do feto ao teratógeno. Assim como nem todas as pessoas expostas às gripes e resfriados sucumbem, nem todo feto exposto a uma droga teratogênica é afetado por ela.

Quando o feto foi exposto à substância teratogênica? O período gestacional em que os teratógenos, na maioria, são capazes de causar dano é muito breve. A talidomida, por exemplo, não causava lesão quando tomada depois do 52º dia. De forma semelhante, o vírus da rubéola causa lesões em menos de 1% dos fetos quando a exposição se dá depois do terceiro mês.

Durante o sexto ao oitavo dia após a fecundação (antes da regra falhar), o ovo fecundado, ou concepto, que se expande num conglomerado de células e que desce pela trompa de Falópio até o útero,

é particularmente insensível às substâncias que passam pelo organismo materno: raramente sofre nessa fase alguma malformação. Com efeito, se sofrer alguma lesão menos importante, tem a capacidade de reparar o dano. O único risco é o de não sobreviver por algum erro genético ou ser destruído por algum fator externo, como uma dose muito alta de radiação.

O período durante o qual se formam os órgãos — da implantação do ovo no útero por volta de seis ou oito dias até o final do primeiro trimestre — é o intervalo de tempo em que o risco de malformação é maior. Depois do terceiro mês, o risco desse tipo de lesão se reduz. As agressões a partir daí sofridas ou afetam o ritmo de crescimento fetal ou o seu sistema nervoso central.

Tempo de exposição. A maioria dos efeitos teratogênicos guarda relação com a dose do agente. A breve exposição aos raios X durante uma radiografia de rotina dificilmente causará algum problema. Já uma seqüência de radioterapia seria capaz de causar. O tabagismo moderado durante os primeiros meses provavelmente não afeta o concepto; o tabagismo inveterado durante toda a gravidez aumenta certos riscos de forma bastante significativa.

Estado nutricional da gestante. Pesquisas em animais mostram que certas anomalias aparentemente causadas por fármacos, em alguns casos, são na realidade decorrentes de má nutrição; o fármaco se limitou a diminuir o apetite e também, em conseqüência, a ingesta de água e de alimento. Assim como quando se resiste mais a uma virose quando se está bem-nutrido e repousado, também o concepto resistirá melhor a teratógenos se apresentar bom estado nutricional — através de você, naturalmente.

A gestante foi afetada pela exposição? É tranqüilizador saber que a exposição química que não é tóxica o suficiente para causar sintomas na mãe costuma não ser tóxica a ponto de causar problemas no feto.

Interação entre os fatores de risco. A tríade má alimentação, tabagismo e abuso de álcool, o uso concomitante de cigarro e de tranqüilizantes e outras combinações aumentam enormemente os riscos.

Existência de fatores protetores desconhecidos. Mesmo quando todos os fatores parecem idênticos, nem todos os conceptos são atingidos da mesma forma. Em experimentos com fetos de camundongo de idêntica linhagem genética, expostos aos mesmos teratógenos em idênticas fases do desenvolvimento e em doses iguais, só 1 em 9 apresentava malformações congênitas. Não se sabe exatamente por quê, embora talvez algum dia a ciência médica venha a encontrar a solução do mistério.

PONDERANDO RISCOS *VERSUS* BENEFÍCIOS

Será que a gestante de hoje deve recear pela vida e pelo bem-estar do bebê só porque este se desenvolve num mundo cheio de riscos ambientais? Certamente que não — e por várias razões. Primeiro, os medicamentos e demais fatores do meio ambiente só conseguem explicar menos de 1% de todas as anomalias congênitas — e estas afetam apenas de 3% a 4% de todos os bebês. O risco geral é baixíssimo, mesmo quando a gestante já tiver sido exposta a agente teratogênico específico. Segundo, se não tiver sido exposta, o conhecimento dos riscos ajuda a evitá-los, fazendo melho-

rarem ainda mais as chances do bebê. Terceiro, apesar das advertências sombrias que se fazem nas manchetes dos meios de comunicação, nunca foram tão boas as chances de se ter um filho sadio, normal.

Claro que nenhuma decisão nesta vida está totalmente livre de riscos. Mas, ao tomarmos decisões, aprendemos a pesar os riscos contra os benefícios. Muito mais importante é ter essa conduta na gravidez, quando cada decisão tomada pode vir a interferir na segurança e no bem-estar não de uma, mas de duas vidas. Ao decidir se pára ou não de fumar, se toma ou não um aperitivo antes do jantar, se vai comer um chocolate ou uma maçã enquanto assiste à televisão, você deve ponderar riscos e benefícios. Será que os benefícios decorrentes do fumar, do beber e do comer chocolate valem os riscos a que se expõe o bebê?

Ora, na maioria das vezes a resposta talvez seja não. Mas de vez em quando talvez convenha arriscar. Um pequeno copo de vinho, por exemplo, para comemorar o aniversário: o risco para o bebê é praticamente nulo e o benefício (um aniversário mais alegre) é de fato importante. Ou então uma grande fatia de bolo, rica em açúcar e gordura, nesse mesmo aniversário — na verdade uma porção considerável de calorias inúteis. Mas esse vinho e bolo não privarão o bebê dos nutrientes necessários a longo prazo e, afinal, é o seu aniversário.

Algumas dessas decisões são fáceis. Por exemplo, o consumo habitual de álcool durante a gravidez é capaz de comprometer o feto pelo resto da vida (ver p. 83). A renúncia ao hábito de beber talvez exija um esforço considerável, mas os riscos de não o fazer são claros.

Digamos, porém, que você esteja com uma infecção e a febre alta crie uma ameaça para o bebê. O médico não deve hesitar em usar da medicação — a mais segura na menor dose eficaz possível — para debelar a infecção e acabar com a febre. Nessa eventualidade, os benefícios do tratamento medicamentoso suplantam sem sombra de dúvida os possíveis riscos. Já uma febrícula, por outro lado, não vai prejudicar o bebê e até vai ajudar o corpo a combater o processo infeccioso. Assim, antes de recorrer aos medicamentos, o médico provavelmente dará uma oportunidade para que o organismo se recupere sozinho, na premissa de que os possíveis riscos suplantem os benefícios do uso de medicamentos.

Já outras decisões não são tão simples. No caso, por exemplo, de um resfriado acompanhado de sinusite, com dores que a mantêm de pé durante a noite. Convém tomar algum remédio para se conseguir ao menos dormir? Ou se deve passar noites e noites de insônia que não lhe farão bem e nem ao bebê? Nesses casos o melhor a fazer é:

- Descobrir outras possibilidades em que se obtenham os benefícios com menores riscos — talvez através de métodos que excluam medicamentos (ver o Apêndice). Vale a pena tentar. Se tais recursos não derem resultado, torne a avaliar a opção inicial — nesse caso, comprimidos.

- Indagar ao médico a respeito dos riscos e dos benefícios. É importante lembrar que nem todos os medicamentos causam anomalias congênitas, e muitos podem ser usados com segurança durante a gravidez. A cada dia novas pesquisas vêm lançando luz quanto à segurança ou à falta de segurança no uso de vários medicamentos. Os médicos têm acesso a essas informações.

- Procurar informações por conta própria: em revistas, em livros. Esclarecer as dúvidas com o médico.

- Verificar se existe alguma forma de aumentar os benefícios e/ou de reduzir os riscos (por exemplo, usando o antiálgico mais eficaz e mais seguro, na menor dose eficaz e pelo período de tempo mais breve possível) e tentar assegurar os primeiros se assumir os segundos (tomar o comprimido ao ir para a cama, para garantir também o devido repouso ao organismo).

- Ao consultar o médico e, se necessário, geneticista ou subespecialista em medicina materno-fetal, reunir todas as informações disponíveis, pesar os prós e os contras... e tomar a decisão.

Durante a gestação, a grávida se verá diante de incontáveis situações que exigirão uma decisão inteligente. Quase todas as decisões da gestante terão um impacto sobre as suas chances de ter um bebê sadio. Uma ou outra decisão precipitada não será catastrófica — o efeito sobre a probabilidade terá sido muito pequeno. Se a leitora já cometeu algumas dessas imprudências não tão importantes e não há como desfazê-las, simplesmente deixe-as de lado. Apenas tente acertar mais a partir de então até o fim da gravidez. E lembre-se: as chances são muito maiores em favor do bebê!

4

A Dieta Ideal

Há um minúsculo ser que está se desenvolvendo dentro de você. Já são muito boas as chances de que venha a nascer com saúde. Mas é dada à gestante a oportunidade de melhorar tais chances ainda mais — assegurando-lhe não só uma boa saúde, mas uma saúde excelente —, oportunidade que surge sempre que a gestante vai se alimentar.

Não se trata de teoria vã. Uma pesquisa feita pela Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard ilustra de forma extraordinária o íntimo vínculo existente entre a condição de saúde do bebê ao nascimento e a dieta materna durante a gestação. Das mulheres pesquisadas cuja dieta foi considerada boa ou excelente, praticamente 95% deram à luz bebês com boa ou excelente condição de saúde. Por outro lado, tão-somente 8% das gestantes que se alimentaram realmente mal (via de regra, através de refeições ligeiras, de baixo valor nutritivo) tiveram filhos com bom ou excelente estado de saúde e 65% delas tiveram bebês com problemas de maior gravidade: natimortalidade, prematuridade, imaturidade funcional, anomalias congênitas.

Evidentemente, as mulheres pesquisadas, na grande maioria (como a maior parte das gestantes), seguiram uma dieta que, embora não fosse excelente, também não era a pior possível. Sua alimentação oscilou em torno da média, assim como a saúde de seus filhos. Oitenta e oito por cento tiveram filhos com saúde boa ou regular. Apenas 6% tiveram-nos com saúde de fato excelente — o que desejaríamos, afinal, para todas as nossas crianças.

Já outras pesquisas mostraram que o efeito da dieta é de longo alcance vez por outra. O que a gestante come ou deixa de comer pode ter um efeito sobre os órgãos em desenvolvimento do bebê (a falta de proteínas e de calorias no último trimestre, por exemplo, pode interferir no desenvolvimento cerebral e também se acredita que a falta de ácido fólico pode se vincular a falhas do tubo espinhal). Esse efeito também se estende ao crescimento global do feto (a má alimentação ou a alimentação insuficiente pode retardar o crescimento fetal intra-uterino). Mas as pesquisas revelam também que os hábitos alimentares podem ter um efeito sobre o perfil evolutivo da gravidez (certas complicações, como a anemia e a pré-eclâmpsia, são mais comuns entre gestantes mal nutridas); podem ter efeito sobre o bem-estar da gestante (a fadiga, a náusea matinal, a constipação, as câibras e um cortejo de outros sintomas gravídicos podem ser minimizados ou evitados pela boa dieta); sobre o trabalho de parto e o parto (em geral, as mulheres bem alimentadas e bem nutridas têm menor probabilidade de parto prematuro; especificamente, a deficiência de zinco se associa a maior risco de trabalho de parto prematuro); sobre o estado emocional (a boa dieta ajuda a ate-

nuar as oscilações de humor); e sobre a recuperação no puerpério (o corpo bem nutrido se recupera com mais facilidade; o peso adquirido compassadamente e à base de alimentos nutritivos também é perdido mais depressa).

Se os seus hábitos não forem dos mais disciplinados ou dos mais virtuosos, a Dieta Ideal,* por nós indicada, representará para você um verdadeiro desafio. Mas ao considerar o resultado dos esforços empreendidos — favorecer a chance de ter um filho com ótima saúde e de uma recuperação mais rápida da gestação e do parto — achamos que esse desafio se justifica: vale a pena aceitá-lo.

*É preciso entender o espírito da dieta ideal das autoras. Essencialmente, é uma dieta rica em proteínas (hiperproteica), com baixo teor de gorduras, teor moderado de açúcares (principalmente sob a forma de carboidratos complexos) e valor calórico adequado às necessidades da gestante. Ao confrontarmos certos hábitos alimentares dos brasileiros com as recomendações dietéticas sugeridas, impõem-se certas conclusões. A feijoada completa, por exemplo, riquíssima em gorduras, não tem vez no cardápio ideal. Dos alimentos em geral devem-se preferir os cozidos aos fritos, os naturais aos enlatados, e assim por diante. Outros hábitos comuns — o chope com batatas fritas em fins de tarde, o bombom ou o chocolate de vez em quando etc. — estão terminantemente proscritos pela dieta proposta.

Segui-la à risca é difícil. Pode parecer difícil ainda manter, por meses a fio, uma dieta rica em proteínas com variedade no cardápio: para o comum das famílias brasileiras, a dieta hiperprotéica variada, *se baseada em peixes, crustáceos, carnes de primeira*, pode ficar muito cara. Mas isso é facilmente contornado com um mínimo de criatividade e de conhecimento. As proteínas são encontradas em muitos outros alimentos de grande valor nutritivo: o feijão-soja, o feijão-preto, o feijão-branco, os ovos, a lentilha, o trigo integral etc. Daí a conclusão: uma dieta de alto valor nutritivo pode ser dieta de baixo custo. (*N. da T.*)

[1]Também nunca se deve jejuar durante a gravidez. Uma pesquisa israelense revelou um aumento no número de partos logo após o Iom Kippur, o Dia da Expiação, sugerindo que o jejum ao fim da gravidez é capaz de desencadear o parto prematuro.

NOVE PRINCÍPIOS ELEMENTARES PARA NOVE MESES DE ALIMENTAÇÃO SADIA

Levar em consideração tudo o que se come. A gestante só dispõe de nove meses de lanches e refeições com os quais assegurar o melhor começo de vida para o bebê. Todos contam. Antes de fechar a boca numa garfada, é preciso considerar: "É o melhor que posso dar ao meu bebê?" Em caso afirmativo, prossiga. Mas se o que ali está só vai satisfazer a gula ou o apetite, afaste o garfo.

Nem todas as calorias são iguais. Cento e cinqüenta calorias de rosquinhas, por exemplo, não são iguais a 150 calorias de bolinhos de trigo integral, adoçados com suco. Nem as 100 calorias encontradas em 10 batatas fritas são equivalentes às 100 encontradas em batatas cozidas com casca (ou numa porção das nossas batatas fritas ideais; ver p. 123). Assim, escolha as calorias com cautela dando preferência à qualidade sobre a quantidade. O seu filho se beneficiará muito mais com 2.000 calorias provenientes de alimentos nutritivos do que com 4.000 oriundas de fonte calórica "vazia".

O jejum da gestante é o jejum do bebê. Assim como não pensaríamos em fazer jejuar o nosso filho depois de nascido, não havemos de fazê-lo jejuar durante a vida intra-uterina. O feto não conseguirá nutrir-se das carnes da mamãe, por mais robusta que ela seja: necessita de nutrição regular a intervalos regulares. Nunca, nunca deixe de fazer essa ou aquela refeição.[1] Mesmo quando a gestante não sente fome, o bebê sente. Se uma azia persistente ou uma constante sensação de plenitude estão lhe estragan-

do o apetite, distribua a sua alimentação em seis pequenas refeições por dia, em vez de três grandes.

É preciso eficiência na nutrição. Cumpre atender às necessidades nutricionais diárias da forma mais eficaz possível, assegurando o aporte calórico exigido. Comer seis colheres de manteiga de amendoim (se você conseguisse empurrá-las) com 600 calorias, ou seja, cerca de 25% das necessidades diárias, é bem menos eficiente para se conseguir 25 g de proteína do que comer 100 g de atum com 125 calorias. E, para obter 300 mg de cálcio, comer uma xícara e meia de sorvete (cerca de 450 calorias) é forma bem menos eficaz do que tomar um copo de leite desnatado (cerca de 90 calorias) ou uma xícara de iogurte com baixo teor de gordura (100 calorias). As gorduras, por terem o dobro de calorias por grama das proteínas e dos carboidratos (glicídios), são particularmente ineficientes como fonte nutritiva. Preferir as carnes magras às gordas, o leite e laticínios magros aos gordos, os alimentos assados ou grelhados aos fritos; pouca manteiga a muita; fritar alimentos com uma colher (chá) de gordura a fritá-los com 1/4 de xícara, da mesma gordura.

A eficiência é importante também para quem encontra dificuldade em ganhar peso suficiente. Para fazer o ponteirinho da balança subir, dê preferência aos alimentos densos em nutrientes e calorias — abacates, nozes, castanhas, amêndoas e frutas secas, por exemplo — que bem atendam as suas necessidades e as do bebê. Evite as trocas calóricas que promovem a perda de peso (pipocas, saladas mistas etc.)

Esteja você tentando ganhar mais ou menos peso, ou tentando introduzir à força os doze componentes diários da dieta ideal numa barriga muito cheia, incômoda e enjoada, sempre que possível opte por alimentos que atendam a duas ou mais exigências nutricionais com uma só porção — por exemplo, brócolis (vitamina C, fibras e cálcio); iogurte ou salmão enlatado (proteínas e cálcio); damascos secos (frutos amarelos e ferro). (Os doze componentes são indicados a partir da p. 113).

Os carboidratos são tema complexo. Algumas gestantes, receando ganhar muito peso durante a gravidez, equivocadamente eliminam os carboidratos da dieta como se fossem batatas quentes. Os carboidratos refinados e/ou simples, verdadeiros (como o pão branco, o arroz branco, os cereais refinados, os bolos, os biscoitos, os doces e alguns dos salgados, os açúcares e os melados) são fracos como fonte nutritiva — acrescentam pouco além de calorias. Já os carboidratos não-refinados e/ou complexos (pão integral, cereais não-refinados, arroz integral, legumes, feijão, ervilha e as batatas cozidas — sobretudo com casca) asseguram o aporte de elementos essenciais: vitamina B, oligoelementos, proteínas e fibras. São bons não só para o bebê mas para a gestante. Ajudam a eliminar a náusea e a constipação e, como são ricos em fibras mas não engordam (a menos que sejam servidos com manteiga ou molhos), ajudam também a manter o peso baixo. Além disso, o consumo abundante de fibras (carboidratos complexos) parece reduzir o risco de diabetes gestacional.

Nada de doces: só trazem problemas. Nenhuma caloria é mais inútil, e portanto mais desperdiçada, do que a do açúcar. Mais: os pesquisadores hoje descobrem que o açúcar não é só destituído de valor como também pode ser prejudicial. As pesquisas sugerem que, além de promover cáries, talvez esteja implicado no diabetes, nas doenças cardíacas, na depressão e em alguns casos de hiperatividade. É possível que o maior problema do açúcar esteja no fato de ser encontrado sobretudo em alimentos que

representam a destruição nutritiva: doces e produtos cozidos, feitos de farinha fina e branca e com excesso de gordura. Os substitutos do açúcar (mesmo o aspartame, que acredita-se que seja de uso seguro na gestação; ver p. 93) são questionados como opção para todo o açúcar que a gestante comum está habituada a consumir, em parte porque tais adoçantes são muitas vezes encontrados em alimentos de menor valor nutritivo.

Para doces deliciosos e nutritivos substitua o açúcar por frutas e suco de frutas (sucos concentrados). São quase tão doces quanto o açúcar mas contêm mais vitaminas e oligoelementos. Os produtos assim adoçados quase que invariavelmente são feitos de grãos integrais e de gorduras benéficas, sem aditivos químicos duvidosos. Faça os seus doces em casa, use das receitas indicadas neste capítulo e faça sua escolha dentre a seleção, cada vez mais abundante, nas boas lojas de alimentos e nos supermercados. Mas leia os rótulos para certificar-se que a substituição do açúcar não seja a única vantagem de um produto de baixo valor nutricional.

Na dieta ideal recomendamos limitar o consumo de açúcares refinados (mascavo, branco, turbinado, mel, xarope de bordo, xarope de milho, frutose etc.) durante a gestação a ocasiões especiais. Todas as calorias do açúcar podem vir de alimentos que dão maior retorno nutricional ao bebê.

Comer alimentos que guardem lembrança de onde vieram. Se as suas vagens não vêem há meses seus campos de origem (por terem sido cozidas, processadas, preservadas e enlatadas desde o cultivo), provavelmente não vão mais trazer os benefícios naturais para você e o seu bebê. Dê preferência a frutas, legumes e verduras frescos da sua época correta ou que foram congelados em estado natural, se não houver disponibilidade de produtos frescos ou se você não tiver tempo para prepará-los (os que foram congelados imediatamente após a colheita são tão nutritivos quanto os frescos). Procure comer verduras e legumes crus (ou frutas) todos os dias. Cozinhe os legumes no vapor (no bafo) ou refogue-os um pouco, para que retenham o seu teor de vitaminas e sais minerais. Escalde as frutas em suco sem acrescentar açúcar. Evite os alimentos preparados com aditivos químicos, açúcar e sal na linha de produção; costumam ser de baixo valor nutritivo. Dê preferência ao peito de frango fresco à empada de galinha; os pratos de forno feitos com ingredientes frescos e não com uma mistura de ingredientes processados quimicamente; o mingau de aveia feito com aveia fresca trilhada (você pode temperá-lo com canela e frutas secas picadas) e não com as variedades açucaradas de preparo instantâneo.

Fazer da questão da boa alimentação um caso de família. Se houver elementos subversivos em casa, pedindo-lhe para fazer brigadeiros ou para incluir batatas fritas na lista de compras, pode apostar: a Dieta Ideal não vai ter nenhuma chance. Assim, faça dos outros membros da família seus aliados, colocando todos na mesma dieta. Faça biscoitos de aveia com frutas (p. 126) e não os de chocolate (brigadeiros etc.) Traga para casa biscoitos crocantes de trigo integral, e não batatas fritas. Além de um bebê mais sadio e de uma mamãe mais magrinha, no puerpério se terá também um marido mais elegante e filhos (se você já os tiver) com melhores hábitos alimentares. Continue com a Dieta Ideal para toda a família depois do parto e você estará dando a cada membro — principalmente ao mais novo deles — as melhores chances de uma vida mais longa e mais sadia.

Não sabotar a dieta com maus hábitos. A melhor dieta pré-natal do mundo se-

rá facilmente estragada se a gestante não seguir o conselho de abster-se de bebidas alcoólicas, do cigarro e de outras drogas pouco seguras. Leia sobre o assunto no Capítulo 3 e, se já leu, trate de mudar de hábito.

OS DOZE COMPONENTES DIÁRIOS DA DIETA IDEAL

As calorias. O velho adágio que diz que a grávida come por dois é verdadeiro. Mas é importante lembrar que um desses dois é um feto minúsculo em desenvolvimento cujas necessidades calóricas são bem menores que as da gestante — algo em torno de 300 calorias/dia. Portanto, se você é de peso mediano, só precisa de 300 calorias a mais para manter o peso gestacional.[2] Durante o primeiro trimestre talvez precise de menos de 300 calorias extras por dia, salvo se quiser compensar o seu baixo peso inicial. Ao acelerar-se o metabolismo com o evoluir da gravidez, talvez passe a necessitar de mais de 300 calorias ao dia. Apesar das muitas dietas para gestantes que lhe recomendam comer alimentos que dariam para uma família de quatro pessoas, consumir calorias além das que o bebê necessita para o crescimento e das que você necessita para desenvolvê-lo é desnecessário e desaconselhável. Consumir poucas calorias, por outro lado, não só é desaconselhável como também potencialmente perigoso; as mulheres que não consomem calorias o suficiente durante a gravidez — sobretudo no segundo e terceiro trimestres — podem prejudicar seriamente o desenvolvimento do bebê.

Existem quatro exceções a essa fórmula básica. Em cada um desses casos a gestante deve discutir as suas necessidades calóricas com o médico: a gestante obesa, que com a devida orientação nutricional poderá reduzir o aporte calórico indicado; a gestante excessivamente magra, que certamente necessita de maior aporte; a adolescente que, ainda em crescimento, tem necessidades nutricionais especiais; e as gestantes com fetos múltiplos, que necessitarão de mais 300 calorias para cada um deles.

Ter de acrescentar mais 300 calorias por dia parece um sonho para quem gosta de comer, mas é triste dizer que não é verdade. No momento em que você ingerir os seus quatro copos de leite (total de 380 calorias para o leite magro ou desnatado) ou o equivalente em alimentos ricos em cálcio, e consumir as suas porções a mais de proteína, já terá ultrapassado a cota permitida. Isso significa que em vez de acrescentar alimentos saborosos e supérfluos, provavelmente terá mesmo é de eliminar aqueles com que já está acostumada para bem nutrir o bebê e manter um ganho de peso conveniente. Para certificar-se de que conseguirá o máximo rendimento nutricional de suas calorias, torne-se uma especialista em dietas eficientes (ver p. 110).

Mas embora as calorias contem significativamente durante a gestação, você não precisa "contá-las". Em vez de se preocupar com complicados cálculos a cada refeição, suba numa boa balança uma vez por semana para ver seu progresso. Pese-se na mesma hora do dia, nua ou usando as mesmas roupas (ou roupas de mesmo peso) para não prejudicar a medida. Se o ganho de peso estiver no compasso certo (aproximadamente 45 g a 50 g por semana no segundo e no terceiro trimestres; ver p. 182) o aporte calórico está correto. Se o ganho de peso for inferior a esse valor, o

[2]Para descobrir quantas calorias são necessárias para que a gestante mantenha o peso pré-gestacional, é só multiplicar o peso antes da gestação por 12 em caso de vida sedentária, por 15 em caso de atividade moderada e por 22 em caso de atividade intensa. Como o ritmo de metabolismo calórico varia de pessoa a pessoa mesmo durante a gravidez, as exigências calóricas também variam e os valores calculados acima são só aproximados.

aporte está insuficiente; na hipótese contrária, está em excesso. Reajuste o aporte nutricional conforme o necessário, mas sem nunca eliminar preciosos nutrientes da dieta junto com as calorias. E continue a acompanhar o seu ganho de peso semanalmente para ver se está no caminho certo.

As proteínas (4 porções ao dia). Os aminoácidos que compõem as proteínas são os blocos de construção das células humanas e de particular relevância quando se "constrói" um bebê. Tanto a falta de proteínas quanto a de calorias guardam relação com bebês pequenos para a idade gestacional. Assim, o consumo diário de proteínas pela gestante deve ser, no mínimo, de 60 a 75 gramas. Achamos que 100 gramas, a quantidade em geral recomendada para as gestações de alto risco, é um patamar mais seguro, já que a maior quantidade talvez ajude a evitar que a gestante ingresse em grupo de alto risco.[1] Embora a meta de 100 gramas de proteína possa parecer muito grande, os norte-americanos, por exemplo, normalmente consomem essa quantidade por dia. Para obter os 100 gramas basta comer um total de quatro porções de Alimentos Ricos em Proteína da Classificação dos Alimentos para a Dieta Ideal (ver p. 119). Ao computar as porções de proteína, não se esqueça de contar também a proteína existente em muitos dos alimentos ricos em cálcio: um copo de leite ou 30 g de queijo fornecem cerca de um terço das calorias numa porção de proteína; uma xícara de iogurte é igual a meia porção; 120 g de salmão enlatado equivalem a uma porção completa.

[1]As mulheres que não estão ingerindo uma quantidade suficiente de calorias (talvez devido à náusea e aos vômitos) necessitam de uma quantidade maior de proteínas, de modo que ao mesmo tempo à sua necessidade de energia e à formação do bebê. Elas devem se certificar de que consumam pelo menos quatro porções diariamente.

Se no fim do dia faltar meia porção, ou mesmo uma porção inteira, preencha a cota antes de dormir com um lanche rico em proteína. Tente, por exemplo, uma salada com ovos (meia porção de proteína quando feita com 1 ovo e duas claras) e com biscoitos de trigo integral; o *Milk Shake* Duplo (dois terços de uma porção de proteína; ver p. 125); ou 3/4 de xícara de queijo ricota magro (uma porção de proteína) enfeitada com frutas frescas, passas, canela ou tomate e manjericão picados. *Não* use, entretanto, suplementos protéicos líquidos ou em pó para complementar a necessidade diária de proteínas — podem ser prejudiciais.

Alimentos ricos em vitamina C: duas porções por dia. Você e o seu bebê precisam de vitamina C para a reparação dos tecidos, a cicatrização de feridas e diversos outros processos metabólicos (que utilizam nutrientes). O bebê também precisa dessa vitamina para o devido crescimento e para o desenvolvimento de ossos e dentes fortes. Trata-se de um nutriente que o organismo não consegue armazenar, e por isso precisamos renovar o estoque diariamente. Os alimentos para essa finalidade devem ser consumidos frescos, sem cozinhar, já que a exposição à luz, ao calor e ao ar destrói a vitamina no decorrer do tempo. Conforme você pode ver na listas dos alimentos arrolados, o velho suco de laranja está longe de ser a única, ou mesmo a melhor, fonte dessa vitamina essencial.

Alimentos ricos em cálcio: quatro porções por dia. Nos seus tempos de escola você provavelmente ficou sabendo que as crianças em crescimento precisam de muito cálcio para ter ossos e dentes fortes e sadios. Ora, o mesmo serve para o feto em crescimento até que se transforme num bebê plenamente desenvolvido. O cálcio é vital para o desenvolvimento

dos músculos, do coração e dos nervos, e também para a coagulação do sangue e para a atividade enzimática. Mas não é só o bebê que sai perdendo se você não ingerir cálcio suficiente. Se o aporte desse elemento for insuficiente, o bebê vai retirá-lo dos seus próprios depósitos (nos ossos) para preencher a sua cota, preparando-a para uma osteoporose mais adiante. Ainda outro motivo para beber leite (ou ingerir cálcio sob outras formas) está no resultado de uma pesquisa recente indicando que o consumo elevado de cálcio ajuda a prevenir a hipertensão induzida pela gestação (pré-eclâmpsia).

Seja portanto diligente e não deixe de consumir quatro porções de alimentos ricos em cálcio por dia. E não se preocupe se a idéia de quatro copos de leite por dia não lhe atrair. O cálcio não precisa ser servido em copos. Pode ser servido num pote de iogurte, num pedaço de queijo, numa porção grande de queijo ricota. Pode ser disfarçado em sopas, pratos de forno, pães, cereais, sobremesas; isso é bem fácil quando se encontra na forma de leite em pó sem gordura ou leite desnatado evaporado (1/3 de xícara e 1/2 xícara, respectivamente, equivalem a um copo cheio de leite, ou a uma porção de cálcio). Se você optar pelo copo, pode dobrar o teor de cálcio em cada um misturando o leite com 1/3 de xícara de leite em pó sem gordura (ver *Milk Shake* Duplo, p. 125). Para as que não toleram laticínios, o cálcio pode vir também de outras fontes. Consulte a lista à p. 120.

Para as que não têm como certificar-se da quantidade de cálcio que estão ingerindo ao dia (vegetarianas, pessoas com intolerância à lactose) pode-se recomendar a suplementação com cálcio.

Frutas, legumes e verduras: três porções ao dia ou mais. Preferido dos coelhinhos, esse grupo de alimentos fornece vitamina A, sob a forma de betacaroteno, vital para o crescimento celular (as células do bebê se multiplicam num ritmo fantástico), a vitalidade da pele, dos ossos e dos olhos, sendo capaz ainda de reduzir o risco de alguns tipos de câncer. As verduras e os legumes também asseguram certa dose de vitaminas essenciais (vitamina E, riboflavina, ácido fólico, B_6), numerosos sais minerais (muitas verduras propiciam boa quantidade de cálcio e de oligoelementos) e fibras anticonstipantes. Uma abundante seleção das fontes naturais mais eficazes de vitamina A está indicada numa lista de Verduras, Legumes e Frutas à p. 121. As que não gostam de verduras talvez se surpreendam ao saber que a cenoura e o espinafre não são as únicas fontes de vitamina A; de fato, ela é fornecida por muitos deliciosos doces naturais — damasco seco, pêssegos, melão (cantalupo) e manga, por exemplo. E as que gostam de legumes e verduras sob a forma de suco saibam que um copo de coquetel de legumes conta para preencher a cota diária necessária.

Outras frutas e hortaliças: duas porções ao dia ou mais. Além dos produtos ricos em vitamina A e C, você necessita de pelo menos dois outros tipos de frutas ou de verduras e legumes por dia — para obter mais fibras, mais vitaminas e mais sais minerais. Muitos desses são ricos em potássio ou/e magnésio, ambos importantes para uma gestação saudável, e em boro, cuja importância só agora começa a ser compreendida. Consulte a lista à p. 121.

Grãos integrais e legumes: cinco porções ao dia, ou mais. Os grãos da variedade integral (trigo, aveia, centeio, cevada, milho, arroz, painço, milho miúdo, soja, e assim por diante) e certas leguminosas (ervilhas e feijões secos) são ricos em nutrientes, sobretudo as vitaminas do complexo B, tão necessárias para o corpo do bebê em desenvolvimento. Esses carboidratos complexos concentrados

são também ricos em oligoelementos, como o zinco, o selênio, o magnésio, que comprovadamente são de grande importância durante a gestação. Os amiláceos podem também ajudar a atenuar o enjôo matinal.

Embora todos eles tenham muitos nutrientes em comum, cada um tem propriedades próprias. Para máximo benefício, inclua uma ampla variedade de carboidratos complexos na sua dieta. Seja aventureira: faça um empanado de peixe usando farelo de aveia temperado com ervas e queijo parmesão. Acrescente alguma variedade de trigo a seu prato de arroz à moda oriental (pilau). Empregue cevada trilhada na sua receita preferida de mingau de aveia. Use feijão-branco na sopa.

Não inclua na sua conta os grãos refinados (pães ou cereais crocantes feitos com farinha de trigo, por exemplo) como se atendessem às suas necessidades regularmente. Mesmo os "enriquecidos" ainda carecem de fibras e na grande maioria lhes faltam as vitaminas e os oligoelementos encontrados nos originais

Alimentos ricos em ferro: alguns por dia. Como são necessárias grandes quantidades de ferro para aporte sangüíneo em desenvolvimento do feto e para o seu próprio aporte de sangue em expansão, precisará de um maior suprimento durante os nove meses, maior do que em qualquer outro período da vida. Assegure esse suprimento o mais que puder com a dieta (ver lista à p. 122). O consumo de alimentos ricos em vitamina C à mesma hora em que os ricos em ferro ajuda na absorção do mineral pelo corpo.

Como muitas vezes é difícil atender à necessidade gestacional de ferro só com a dieta, recomenda-se que, desde a 12ª semana de gestação, a gestante faça uma de suplemento — 30 miligramas de ferro ferroso ao dia. Para aumentar a absorção do suplemento de ferro, convém tomá-lo entre as refeições com suco de frutas ricas em vitamina C ou com água (mas não com leite, chá ou café). Se estiverem baixas as reservas de ferro da gestante, talvez o médico prescreva 60 a 120 miligramas ao dia.

Alimentos ricos em gordura: quatro porções inteiras ou oito meias porções, ou uma combinação equivalente ao dia. Segundo diretrizes gerais de nutrição, não mais do que 30% das calorias do adulto devem provir de gordura (na dieta norte-americana média, 40% das calorias vêm da gordura). As mesmas diretrizes se aplicam às gestantes adultas. Isso significa que se você pesar mais ou menos 60 quilos e precisar de 2.100 calorias por dia (ver p. 113 e Apêndice se pesar mais ou menos), não mais do que 630 dessas calorias devem vir das gorduras. Como bastam 70 gramas de gordura (quanto se encontraria numa grossa fatia de *quiche*) para atingirmos as 630 calorias, essa exigência é a mais fácil de atender — e a mais fácil de ultrapassar a cota permitida. E embora não haja problema em abusar dos legumes e dos alimentos ricos em vitamina C, ou mesmo dos alimentos integrais ou ricos em cálcio, o excesso de gordura acarreta excesso de peso. Ainda assim, embora seja boa idéia manter moderado consumo de gordura, eliminar toda a gordura da dieta é atitude potencialmente perigosa. A gordura é vital para o bebê em desenvolvimento; os ácidos graxos essenciais que propicia são exatamente isso — essenciais.

Fique atenta aos alimentos ricos em gordura que comer todos os dias; atenda à cota, mas pare antes de excedê-la. Não esqueça que a gordura usada no cozimento e no preparo dos alimentos também conta. Se você fritou ovos em meia colher de sopa de margarina (1/2 porção) e fez uma pasta de atum com maionese (1 porção) inclua essa quantidade na sua cota diária.

Se você não estiver ganhando peso su-

ficiente, e se o aumento do consumo dos outros alimentos nutritivos não for eficaz, tente acrescentar uma porção a mais de gordura por dia (mas não mais); as calorias concentradas que proporciona podem ajudá-la a atingir o peso ideal.

Para informações sobre o colesterol na gravidez, ver p. 160.

Alimentos salgados: com moderação. Há tempos se recomendava a restrição de sal na dieta da grávida, por contribuir o sal para a retenção de líquido e para a distensão abdominal. Hoje acredita-se que um certo aumento no volume de líquidos no corpo é necessário e normal e que uma quantidade moderada de sódio é necessária para manter o nível adequado de líquidos. Entretanto, as grandes quantidades de sal (em picles, molho de soja, batatas fritas) não fazem bem a ninguém, gestantes ou não. A ingestão elevada de sódio se vincula à elevação da pressão arterial, condição capaz de causar uma ampla variedade de complicações graves durante a gestação, o trabalho de parto e o parto. Embora a deficiência de iodo não seja problema em centros desenvolvidos, talvez queira usar sal iodado para certificar-se de que atende à maior necessidade de iodo durante a gestação. Como regra geral, em vez de adicionar sal durante o cozimento, coloque sal à mesa, a seu gosto.

Líquidos: pelo menos oito copos diariamente. Você não só está comendo por dois, mas também está bebendo por dois. Se for uma daquelas pessoas que passam o dia inteiro sem beber um gole sequer, é chegada a hora de mudar esse hábito. À proporção que aumentam os líquidos do organismo durante a gravidez, também aumenta a necessidade de ingerir líquidos. O feto também precisa deles, pois grande parte do seu corpo, como do da mãe, é composto de água. Os líquidos em abundância também ajudam a manter sua pele macia, reduzem o risco de prisão de ventre e de infecção urinária e livram o corpo de toxinas e de escórias metabólicas. É preciso beber ao menos oito copos de líquido por dia (cerca de dois litros) — mais, se possível, caso você esteja retendo líquido (paradoxalmente, a ingestão abundante de líquido pode eliminar o excesso deste no organismo). Naturalmente, nem todo o líquido precisa vir direto da torneira. Pode-se contar o leite (cuja composição constitui-se em dois terços de água), suco de frutas e legumes, pequenas quantidades de café descafeinado (desde que por processo natural) ou de chá, sopas e água mineral. Certifique-se, porém, que os líquidos ingeridos não sejam calóricos ou você acabará consumindo calorias excessivas diariamente.

Usando copos ou xícaras maiores, você ingerirá mais líquido de cada vez. Distribua a quantidade de líquidos por todo o dia e não tente beber mais de dois copos de uma só vez — o que poderia diluir seu sangue excessivamente, causando um desequilíbrio químico.

Suplementos nutricionais: a fórmula gestacional diária. Os complementos vitamínicos sempre geraram controvérsia no meio científico. Essa controvérsia agora se intensificou nos EUA em virtude de uma declaração da Academia Nacional de Ciências norte-americana. Segundo essa entidade, não há provas suficientes que justifiquem o uso rotineiro desses suplementos (exceto dos 30 mg de ferro) por todas as gestantes. A Academia instou a comunidade científica a aumentar as pesquisas para descobrir-se se a suplementação com certas vitaminas e sais minerais seria de fato valiosa para todas. Por ora, entretanto, recomenda que os médicos avaliem com critério a dieta de cada paciente e que prescrevam as vitaminas só quando houver deficiência delas na alimentação normal — a suplementação rotineira estaria limitada àquelas com elevado risco nutricional.

A Prescrição de Vitaminas

Não há qualquer modelo oficial que especifique qual deveria ser a composição de um comprimido ou uma drágea de suplementação vitamínica. Assim, a escolha da fórmula correta pode ser complicada. Muitas vezes o médico prescreve um suplemento. Em geral, as fórmulas prescritas especificamente são superiores à que compramos na farmácia, sem qualquer prescrição.

Se você estiver escolhendo uma suplementação vitamínica/mineral por conta própria, procure por uma fórmula que contenha:

- Não mais do que 8.000 UI de vitamina A; 4.000 ou 5.000 UI seria provavelmente melhor.
- 800 a 1.000 mcg (1 mg) de ácido fólico.
- A cota máxima permitida para gestantes de vitaminas D e C. Algumas fórmulas contêm mais ou menos do que a recomendação oficial, e isso não tem importância. Mas evitar as que contenham quantidade muito maior, salvo quando prescritas pelo médico.
- A cota máxima permitida para gestantes, um pouco mais ou menos, de niacina (B_3), de ácido pantotênico (B_5, ausente em muitos suplementos), ferro, iodo, zinco e cobre.*
- A recomendação oficial para gestantes de vitamina E.
- O mesmo para a tiamina (B_1), a riboflavina (B_2), a piridoxina (B_6) e a cianocobalamina (B_{12}), muitas fórmulas contêm de 1 1/2 a 3 vezes a cota oficial recomendada ou permitida; desconhecem-se efeitos prejudiciais nessas doses.
- Não mais do que 250 mg de cálcio ou 25 mg de magnésio, se a fórmula contiver também ferro, já que grandes quantidades de qualquer um desses minerais pode interferir com a absorção do ferro. (Se o médico tiver prescrito doses maiores de cálcio e/ou de magnésio, tome-as pelo menos duas horas antes ou depois do suplemento que contém o ferro.)
- Oligoelementos, como o crômio, o manganês, o molibdênio e a vitamina biotina; aumentam o seu seguro-saúde, mas são incluídos em poucos suplementos.

*O cobre é necessário em qualquer suplemento que contenha zinco, já que o zinco pode interferir na absorção de cobre pelo corpo a partir da dieta, aumentando a necessidade desse mineral. O zinco e o cobre são ambos necessários num suplemento que contenha ferro, já que o ferro pode interferir na sua absorção.

inclusive as vegetarianas, mulheres com mais de um feto, fumantes inveteradas e entre as que abusam de bebidas alcoólicas e de drogas.

A tese de que a gestante pode atender todas as exigências nutricionais à mesa da cozinha é muito comum. E, com efeito, poderia conseguir — se vivesse num laboratório onde o alimento fosse preparado de forma a reter as vitaminas e os sais minerais e se medisse a quantidade para assegurar o aporte diário adequado, se nunca comesse às pressas ou se não sentisse enjôo, se sempre soubesse ao certo que só estivesse esperando um bebê e que a gestação não viria a se tornar de alto risco. Mas, no mundo real, a suplementação nutricional é um seguro a mais de saúde — e as mulheres que preferem ficar do lado seguro talvez assim se sintam mais tranqüilas.

Apesar disso, um suplemento não passa de um *suplemento*. Não há comprimido, por mais completo, que substitua uma boa dieta. É muito importante que a maioria das suas vitaminas e sais minerais venha de alimentos, porque é dessa forma que os nutrientes são utilizados

de modo mais eficiente. Os alimentos frescos (não processados) contêm não só nutrientes que conhecemos, e que podem ser colocados num comprimido, mas provavelmente muitos outros ainda não descobertos. Há trinta anos, a suplementação pré-natal não continha zinco e outros oligoelementos que agora sabemos que são necessários à saúde. Mas os pães integrais sempre o contiveram. De forma semelhante, os alimentos são fontes de fibras e de água (as frutas e legumes são ricos nesses elementos) e também de calorias e de proteína — dos quais nenhum pode ser colocado numa drágea. (Incidentalmente, cuidado com os produtos que se dizem equivalentes às necessidades diárias de legumes — trata-se de afirmação fraudulenta.)

E não pense que se um pouco é bom, muito é melhor. As vitaminas e os sais minerais em altas doses agem como medicamentos no organismo e devem ser considerados como tais, sobretudo pelas gestantes; algumas, como a vitamina A e a D, são tóxicas em níveis não muito acima da cota diária permitida oficialmente.[1] Qualquer suplementação além dessa cota só deve ser efetuada sob supervisão médica, quando os benefícios superam os riscos.

A Classificação dos Alimentos para a Dieta Ideal

Muitos alimentos atendem a mais de uma das exigências nutricionais, portanto os Grupos de Seleção de Alimentos podem se sobrepor. Os mesmos três copos de leite, por exemplo, darão a você três porções de cálcio e uma de proteínas.

ALIMENTOS RICOS EM PROTEÍNA

As porções indicadas contêm entre 18 e 25 gramas de proteína, sendo necessário consumir 75 a 100 gramas por dia. Comer, portanto, quatro porções ao dia, ou uma combinação de alimentos que seja equivalente a quatro porções.

3 copos (de 200 ml) de leite desnatado ou com baixo teor de gordura (ou leitelho)
3/4 de xícara de iogurte com baixo teor de gordura
3/4 de xícara de ricota (com pouca gordura)
50 gramas (1/2 xícara) de queijo parmesão
90 gramas de queijo suíço ou *cheddar* ou queijo branco
5 ovos grandes (só as claras)
2 ovos grandes, mais 2 claras
100 gramas de atum
75 gramas de carne branca de frango ou peru, sem pele
100 gramas de peixe ou camarão
140 gramas de mexilhões, mariscos, siri ou lagosta
90 gramas de carne magra de vaca ou porco ou carne escura de frango
90 gramas de vitela
100 gramas de carne gorda de vaca
100 gramas de carne de ovelha ou fígado

[1] Obter mais do que a cota máxima diária permitida dessas vitaminas pela dieta, contudo, não é considerado perigoso.

140-170 gramas de feijão-soja ou *tofu* proteína vegetal texturizada[1]
1 porção da combinação protéica completa (ver quadro, pág. 127)

LANCHES RICOS EM PROTEÍNA

Nozes e sementes
Alimentos à base de grãos integrais
Alimento à base de soja
Iogurte
Ovos cozidos
Queijos duros
Germe de trigo

ALIMENTOS RICOS EM VITAMINA C

O corpo não armazena vitamina C, portanto é necessário não deixar de ingeri-la todo dia. Comer ao menos dois dos seguintes alimentos ao dia (ou combinação equivalente).

1/2 *grapefruit*
1/2 xícara de suco de *grapefruit*
1 laranja pequena
1/2 xícara de suco de laranja
2 colheres de sopa de suco de laranja concentrado
1/2 manga média
1/2 xícara de mamão picado
1/2 melão pequeno
1/2 xícara de morangos
1 1/3 de xícara de amoras
1 1/2 tomate grande
1 xícara de suco de tomate
3/4 de xícara de suco de legumes
1 1/2 xícara de pedaços de repolho cru (ou de salada de repolho cru cortado fino)
1 pimentão verde ou vermelho pequeno
2/3 de xícara de brócolis cozido
3/4 de xícara de couve-flor cozida
3/4 de xícara de couve fresca cozida
1 xícara de folhas de couve congelada, em pedaços
3/4 de xícara de couve-rábano cozida
3 xícaras de espinafre cru

ALIMENTOS RICOS EM CÁLCIO

As necessidades diárias são de 1.280 a 1.300 miligramas ao dia. Comer ou beber quatro porções dos alimentos indicados a seguir ou combinação equivalente. Cada porção contém cerca de 300 miligramas de cálcio.

250 ml de leite desnatado ou com baixo teor de gordura (ou leitelho)
1/2 xícara de leite desidratado e desnatado
1 3/4 de xícara de ricota fresca com baixo teor de gordura
40 gramas de queijo tipo *cheddar*
35 gramas de queijo suíço
1 xícara de iogurte com baixo teor de gordura
1/3 de xícara de leite em pó sem gordura
115 gramas de salmão enlatado com espinhas
90 gramas de sardinhas em lata com espinhas
2 a 3 colheres de sopa de sementes de gergelim
Leite de soja ou proteína de soja[2]
1 xícara de folhas de couve
1 1/2 xícara de couve cozida
1 1/2 xícara de mostarda ou folhas de nabiça cozidas

[1] As receitas variam; algumas têm elevada relação proteínas/calorias, outras têm relação baixa, portanto sempre que algum produto especificar em rótulo o seu teor de nutrientes, leia-o e lembre-se que 20 a 25 gramas de proteínas equivalem a uma porção.

[2] As fórmulas de soja variam; verifique o rótulo do produto para ver se há indicação do teor de cálcio, tendo em mente que 1 porção de cálcio equivale a 300 mg.

1 3/4 xícara de brócolis
2 1/2 colheres (de sopa) de melado
2 *tortillas* de milho
10 figos secos
3 xícaras de feijões secos (feijão-de-lima, branco etc.)

LANCHES RICOS EM CÁLCIO

Amêndoas
Damasco
Figos secos
Alimentos (feitos ao forno) à base de semente de gergelim, de farinha de soja ou alfarroba

VERDURAS, LEGUMES E FRUTAS

São necessários três por dia, dos quais um deve ser cru. Tente escolher tanto legumes quanto verduras diariamente.

1/8 de melão ou 2 damascos grandes, frescos ou secos
1/2 manga média
1 nectarina ou pêssego grande
1 xícara de pedaços de mamão
1/2 caqui médio
1 colher de sopa de abóbora-moranga cozida
1/3 de xícara de beterraba cozida
3/4 de xícara de brócolis ou folhas de nabos cozidos
1/2 cenoura crua ou 1/3 de xícara de cenoura cozida
1/2 xícara de couve picada cozida
1/2 xícara de endívia ou de escarola
1/3 de xícara de couve ou de mostarda (verdura) cozida
8-10 folhas grandes de alface
1/2 xícara de espinafre cru, ou 1/4 de xícara de espinafre cozido
1/4 de xícara de abóbora cozida
1/4 de batata-doce ou inhame pequenos
1/3 de xícara de acelga cozida

OUTROS LEGUMES E FRUTAS

Comer pelo menos dois dos alimentos indicados a seguir, por dia.

1 maçã ou 1/2 xícara de suco de maçã sem adoçar
6 a 7 hastes de aspargo
1 banana pequena
1 xícara de brotos de feijão
3/4 de xícara de ervilhas
2/3 de xícara de amora-preta
2/3 de xícara de couve-de-bruxelas
2/3 de xícara de cerejas frescas sem caroço
2/3 de xícara de uvas
1 xícara de cogumelos frescos
1 pêssego médio
9 quiabos
1/2 xícara de salsa
1 pêra média
1 fatia média de abacaxi fresco ou enlatado sem açúcar
1 batata média
2/3 de xícara de pedaços de abobrinha

GRÃOS E CEREAIS INTEGRAIS

Recomendamos quatro, cinco ou mais porções diárias da seguinte lista:

1 fatia de pão integral (à base de farinha de trigo, soja, centeio etc.)
1/2 xícara de arroz integral cozido
1/2 xícara de cereal integral (aveia ou equivalente)
30 gramas de outros cereais em flocos, encontrados em supermercados
2 colheres de sopa de germe de trigo
1/2 xícara de milho, painço, sêmola de trigo-sarraceno ou *bulgur*

1/2 xícara de massas à base de farinha de trigo integral ou de soja
1 fatia de pão de milho
1/2 xícara de feijão ou de ervilha cozidos
1 *tortilla* de milho ou trigo integral

ALIMENTOS RICOS EM FERRO

Pequenas quantidades de ferro são encontradas na maioria das frutas, legumes e verduras, grãos e carnes que se comem todos os dias. Mas convém fazer uso também de alguns dos seguintes alimentos ricos em ferro, junto com o complemento:

Feijão
Lentilha
Carne de vaca
Fígado e outras vísceras (não abuse)
Ostras (cozidas: não comer cruas)
Sardinha
Couve e nabo
Abóbora
Batatas com casca
Espinafre
Espirulina (planta marinha)
Leguminosas (ervilha, broto de ervilha, lentilha, feijão e fava, por exemplo)
Alimentos de soja, feijão-soja
Farinha de alfarroba
Melado
Frutas secas

ALIMENTOS RICOS EM GORDURA

Se você estiver pesando em torno de 45 quilos, procure fazer uso de quatro porções fartas de gordura ou meias porções diariamente (se o seu peso estiver acima ou abaixo disto, consulte o apêndice). Não exceda esta quantidade a menos que você esteja ganhando peso muito devagar (ver p. 182); e não a reduza, a não ser que você esteja ganhando peso muito depressa. Em geral, você poderá fazer uso de gordura pura como manteiga, margarina ou óleo não mais do que em duas porções por dia.

Meias porções

30 gramas de queijo (*provolone*, *cheddar*, suíço, mozarela, *camembert*)
45 gramas de mozarela de leite desnatado
2 colheres de sopa de queijo parmesão ralado
1 1/2 colher de sopa de creme pouco espesso
1 colher de sopa de creme batido, espesso
2 colheres de sopa de creme batido
2 colheres cheias de coalhada
1 colher de sopa de queijo-creme
1 xícara de leite integral
1 1/2 xícara de leite desnatado
2/3 de xícara de leite integral desidratado ou em pó
1/2 xícara de sorvete comum
1 xícara de iogurte de leite integral
1 colher de sopa de margarina
1 colher de sopa de manteiga de amendoim
1/2 xícara de molho branco
1/3 xícara de molho holandês
1 ovo ou 1 gema de ovo
1/4 de um abacate pequeno
2 porções dos pãezinhos, biscoitos ou bolos das Receitas Ideais
180 gramas de *tofu*
200 gramas de carne magra de peru ou frango, sem pele
110 gramas de carne gorda de peru ou frango, sem pele
120 gramas de salmão fresco ou enlatado
90 gramas de atum enlatado em óleo

Porções inteiras[1]

[1]Existem muitas outras fontes de gordura, a maior parte das quais não se ajusta à Dieta Ideal. Por exemplo, pode-se obter uma porção de gordura e poucos nutrientes em 1 *croissant*, 1 rosca doce, 1 fatia de bolo de chocolate tipo *brownie*, 1 fatia de torta de maçã ou 1/2 fatia de torta de nozes, 1/2 hambúrguer ou 1 coxa de frango pequena frita, 1/4 de xícara de sorvete (16% de gordura do leite), 4 biscoitos pequenos. Esteja atenta.

1 colher de sopa de óleo vegetal
1 colher de sopa de margarina ou manteiga comum
1 colher de sopa de maionese comum
2 colheres de sopa de molho ou tempero comum para saladas[5]

90 a 180 gramas de carne magra de vaca (varia com o corte)
3/4 de xícara de salada de atum

ALGUMAS RECEITAS IDEAIS PARA A GESTANTE

Aqui estão algumas receitas que a deixarão em paz com seu paladar, mas que asseguram a sua nutrição e a do bebê. Damos também algumas idéias para o seu desjejum. Consulte também as receitas para bebidas sem álcool.

SOPA CREME DE TOMATE

Rende 3 porções

1 colher de sopa de margarina ou manteiga
2 colheres de sopa de farinha de trigo integral
1 3/4 de xícara de leite em pó (magro)
3 xícaras de suco de tomate ou de legumes
1/4 de xícara de extrato de tomate
Sal e pimenta a gosto
Orégano e manjericão a gosto (opcional)

Ingredientes opcionais:

6 colheres de sopa de ricota (1/2 porção de proteína) *ou*
2 colheres de sopa de queijo parmesão ralado (1/4 de porção de proteína; 1/2 porção de cálcio) *ou*
1 colher de sopa de germe de trigo (1/2 porção de grãos integrais)

1. Numa caçarola, derreta a margarina em fogo brando. Adicione a farinha e misture em fogo bem baixo durante 2 minutos. Aos poucos, vá misturando o leite e continue a cozinhar em fogo brando, mexendo ocasionalmente até engrossar.

2. Misture o suco, o extrato de tomate e os temperos até conseguir uma mistura homogênea. Continue a cozinhar em fogo brando, mexendo sempre, por 5 minutos.

3. Sirva a sopa quente, recoberta com ricota, parmesão ou germe de trigo, de acordo com a sua preferência.

1 porção = 1 porção de cálcio; 1 de vitamina C; 1 de legumes/verduras, caso se empregue suco de legumes.

BATATAS AO FORNO

Rende 2 porções

1 1/2 colher (sopa) de óleo vegetal
2 batatas grandes
2 claras de ovos
Sal grosso e pimenta a gosto

1. Preaqueça o forno a 220°C. Unte tabuleiro ou fôrma com óleo vegetal.

2. Lave bem as batatas em água corrente; enxugue com pano de prato. Corte-

[5] Como o teor de gordura dos molhos para salada industrializados varia, leia os rótulos: cada 14 g de gordura equivale a uma porção. Nos molhos feitos em casa, cada colher de sopa de óleo equivale a uma porção.

as em fatias do tamanho desejado. Torne a enxugá-las.

3. Bata numa tigela as claras em neve. Adicione as batatas e mesa até que fiquem recobertas pela clara batida.

4. Disponha as batatas no tabuleiro preparado numa única camada. Deixe algum espaço entre elas para que não grudem. Asse-as até ficarem crocantes e douradas, por 30 a 35 minutos. Polvilhe sal e pimenta e sirva imediatamente.

1 porção = 1 porção de legumes/verduras.

MINGAU DE AVEIA ESPECIAL

Rende 1 porção

1 1/4 xícara de água
1/2 xícara de aveia instantânea
2 colheres de sopa de germe de trigo (se houver problema de constipação substitua o germe de trigo ou parte dele por farelo de trigo etc.)
Sal a gosto (facultativo)

1. Aqueça a água numa pequena caçarola até abrir fervura. Adicione a aveia, o germe de trigo e o sal, se preferir, mexendo bem. Diminua o fogo e cozinhe durante 5 minutos ou mais, de acordo com a textura desejada, adicionando mais água, se necessário.

2. Retire a panela do fogo e adicione o leite em pó. Sirva imediatamente.

VARIANTE DOCE: Adicione duas colheres (sopa) de passas e 1 colher de suco de maçã concentrado (ou a gosto) ao colocar a aveia, ou durante o último minuto de cozimento, se você preferir passas mais firmes; acrescente manjericão e/ou sal a gosto (opcionais) ao adicionar o leite.

VARIANTE PICANTE: Adicione pimenta e queijo parmesão ralado ou *cheddar* (15g = 1/2 porção de cálcio) ao acrescentar o leite.

1 porção = 1 porção de proteínas; 1 de grãos integrais; 1 de cálcio; rica em fibras.

BROAS INTEGRAIS

Rende 12 a 16 broinhas

Óleo vegetal
2/3 de xícara de passas
1 xícara de suco de maçã concentrado
1/4 de xícara de suco de laranja concentrado
1 1/2 de xícara de farinha de trigo integral
1/2 xícara de germe de trigo
1 1/2 xícara de farelo de trigo etc.
1 1/4 colher (sopa) de bicarbonato de sódio
1/2 xícara de nozes moídas
1 colher (chá) de manjericão (opcional)
1 1/2 xícara de leitelho (pouca gordura)
2 claras de ovos (ligeiramente batidas)
1/2 xícara de leite em pó instantâneo
2 colheres (sopa) de margarina ou manteiga, derretida e esfriada.

1. Preaqueça o forno a 180°C. Unte ligeiramente as forminhas com óleo vegetal.

2. Numa caçarola pequena, misture as passas, 1/4 de xícara de suco de maçã concentrado e de suco de laranja concentrado. Cozinhe em fogo brando, mexendo de vez em quando, por 5 minutos.

3. Misture numa tigela a farinha, o germe de trigo, o farelo, o bicarbonato, as nozes moídas e o manjericão.

4. Numa tigela separada, bata o leitelho, as claras, o leite em pó, a margarina e o resto do suco de maçã.

5. Junte os ingredientes secos e líquidos, misturando-os com algumas batidas. Misture lentamente as passas com o caldo do cozimento. Encha as forminhas preparadas até cobrir dois terços de seu volume.

6. Asse-as, com um palito inserido no centro até sair limpo (cerca de 20 minutos).

VARIANTE: Acrescente 2 maçãs ou pêras médias, cortadas em cubos, às nozes. Se não houver problema de constipação, substitua o farelo do cereal por 1 xícara de aveia (em pó ou em flocos) ou por cevada em flocos.

12 broinhas = 1 1/2 porção de grãos integrais; 1/2 porção de proteína; riquíssimos em fibras. A variante com frutas acrescenta outra porção de frutas.

PANQUECAS DE LEITELHO E TRIGO INTEGRAL

Rende 12 panquecas (3 porções)

Nota: Deixe a massa descansar por 1 hora.

1 xícara de leitelho (baixo teor de gordura)
1 colher (chá) de suco de maçã concentrado
3/4 de xícara de farinha de trigo integral
5 colheres (sopa) de germe de trigo
1/3 de xícara de leite em pó desnatado
1 pitada de sal, ou a gosto (opcional)
Manjericão a gosto (opcional)
2 colheres (chá) de bicarbonato
2 claras de ovo (ovos grandes)
Margarina ou manteiga

Ingredientes opcionais para recheio:
Molho de maçã sem açúcar (outra porção de frutas)
Compota de frutas (sem adoçantes) ou geléia de maçã
1/2 xícara de iogurte (1/2 porção de cálcio)

1. Bata todos os ingredientes no liquidificador, com exceção das claras, da margarina e dos ingredientes opcionais, reduzindo-os a purê.

2. Numa tigela em separado bata as claras em neve. Bata então bem depressa a mistura de leitelho e farinha com as claras. Deixe a massa descansar por uma hora.

3. Aqueça a frigideira (antiaderente). Depois de aquecida, unte-a com margarina ou manteiga. Deite a massa, e espalhe-a com colher na frigideira para que fique bem fina. Quando a superfície da panqueca começar a borbulhar e o lado de baixo ficar ligeiramente dourado, vire e doure o outro lado. Continue a fritá-las, untando com mais margarina a frigideira, sempre que necessário, até acabar a massa. Sirva as panquecas com qualquer um dos ingredientes para recheio ou todos eles.

VARIANTE: Adicione à massa qualquer um dos seguintes ingredientes: 1/4 de xícara de passas (1/2 porção de frutas); seis damascos secos, cortados em cubos (algum ferro; 1 porção de frutas cítricas); 1/2 banana, pêra ou maçã, cortada em fatias (1/2 porção de frutas; 1/4 de xícara de nozes moídas (1/4 de porção de gordura; alguma proteína).

1/3 da receita = 1 porção de grãos integrais; 1 porção de proteína; 1/2 porção de cálcio; rica em fibras.

MILK SHAKE DUPLO

Rende 1 porção

Nota: congele no *freezer* uma banana bem madura, descascada e coberta, 12 a 24 horas antes de fazer o *milk shake*.

1 xícara de leite desnatado, magro
1/3 de xícara de leite em pó
1 banana madura congelada, cortada em pedaços ou fatias
1 colher (chá) de extrato de baunilha
1 pitada de manjericão, ou a gosto (opcional).

Reduza a purê todos os ingredientes num liquidificador. Sirva imediatamente.

VARIANTE DE MORANGO: Adicione 1/2 xícara de morangos frescos e 1 colher de sopa de suco de maçã concentrado antes de ir ao liquidificador; omita o manjericão, se preferir.

VARIANTE DE LARANJA: Adicione 2 colheres (sopa) de suco de laranja concentrado (descongelado); omita o manjericão.

1 *milk shake* = 2 porções de cálcio; 2/3 de porção de proteínas; 1 porção de frutas. A variante "morango" adiciona outra porção de frutas com uma porção de vitamina C. A variante "laranja" adiciona 1/2 porção de vitamina C.

BISCOITOS DE FIGO

Rende cerca de 36 biscoitos

Óleo vegetal
1 colher (sopa) de levulose
4 colheres (sopa) de manteiga ou margarina (não muito cheias)
1 xícara mais 2 colheres (sopa) de suco de maçã concentrado, morno
1 1/2 xícara de farinha de trigo integral
1 xícara de germe de trigo
1 1/2 colher (chá) de extrato de baunilha
550 gramas de figos secos, picados
2 colheres (sopa) de amêndoas ou nozes moídas

1. Preaqueça o forno a 180°C. Unte ligeiramente com o óleo um tabuleiro ou fôrma antiaderente.

2. Misture numa tigela, formando um creme, a levulose e a margarina. Adicione 1/2 xícara mais 2 colheres (sopa) do suco de maçã concentrado e continue a bater.

3. Adicione a farinha, o germe de trigo e a baunilha e misture até formar massa. Divida a massa ao meio, fazendo de cada metade uma barra retangular. Embrulhe-as separadamente em papel alumínio e esfrie-as por 1 hora.

4. Junte os figos e o restante do suco de maçã numa caçarola e cozinhe em fogo brando até amolecer. Retire do fogo e acrescente as nozes moídas até fazer mistura homogênea.

5. Na fôrma ou tabuleiro preparado, estender a barra retangular de massa, deixando-a bem fina e assentando bem as bordas. Espalhar por igual a mistura de figo sobre a massa. Estender o segundo retângulo de massa entre duas folhas de papel-alumínio do mesmo tamanho do primeiro. Remover uma das folhas de papel-alumínio e deitar a massa sobre a mistura de figo. Comprimi-la, fechando as extremidades conforme necessário com faca afiada.

6. Assar até dourar ligeiramente, por 15 a 30 minutos. Ainda quente, cortar em quadrados ou em losangos.

3 biscoitos = 1 porção de grãos integrais; 1 porção de frutas; ferro; rico em fibras.

BISCOITOS DE AVEIA COM FRUTAS

Rende 24 biscoitos

AS PROTEÍNAS NA DIETA VEGETARIANA: COMBINAÇÕES COMPLETAS

As seguintes seleções constituem alimentos nutritivos para todas as gestantes; no entanto, as não-vegetarianas só devem contar uma porção ao dia como parte de sua cota protéica diária. Outras porções podem contar para as exigências de Grãos Integrais e Legumes. As vegetarianas radicais devem fazer cinco dessas porções de proteína por dia.

Escolher dentre a lista de legumes 1 porção (10 a 13 gramas de proteína) e dentre a lista de grãos mais 1 porção (10 a 13 gramas de proteína) para a combinação protéica completa.

Legumes

1 xícara de fava de feijão ou feijão-fradinho
3/4 de xícara de manguba, feijão-de-lima, feijão-branco ou roxo
3/4 de xícara de feijão-soja ou farinha de soja
1 xícara de grão-de-bico
2/3 de xícara de lentilhas ou ervilhas desidratadas

Grãos

1 1/2 xícara de: arroz integral, sêmola (de trigo), cevada, painço, *bulgur**
60 g de massa de farinha de soja (pesar ainda crua)
60 a 120 gramas de massa de farinha de trigo (integral) (pesar ainda crua; o peso dependerá do conteúdo protéico)
2/3 de xícara de aveia (pesar ainda crua)
3/4 de xícara de semente de gergelim, girassol, abóbora-moranga
1/2 xícara de castanha-do-pará ou de amendoim
60 gramas de castanha de caju, nozes ou pistache
1/3 de xícara de germe de trigo
2 1/3-3 colheres de sopa de manteiga de amendoim

OS LATICÍNIOS NA DIETA VEGETARIANA: COMBINAÇÃO PROTÉICA COMPLETA

Escolher dentre a lista de legumes 1 porção (cerca de 10 gramas de proteína) e dentre a lista de laticínios 1 porção (cerca de 12 gramas de proteína) para uma combinação protéica completa.

Legumes e Grãos

1 porção de feijão, ervilhas, lentilhas, grãos, massas (ver acima)
4 fatias de pão integral
2/3 de xícara de mingau de aveia
50 gramas de cereais integrais em flocos (industrializados)

Laticínios

1 1/4 de xícara de leite desnatado
50 gramas de queijo *cheddar*, suíço, prato, com pouca gordura
1/2 xícara de ricota
1/4 de xícara de parmesão
1/3 de xícara de leite em pó desnatado mais 2 colheres de sopa de germe de trigo
1 1/4 de xícara de iogurte
1 ovo mais 2 claras

*São grãos com baixo teor protéico; enriqueça-os com 2 colheres de sopa de germe de trigo por porção.

Óleo vegetal
10 tâmaras, sem caroço
6 colheres (sopa) de suco de maçã concentrado
2 colheres (sopa) de óleo vegetal
1 1/2 xícara de aveia em pó (ou de uma mistura de flocos de aveia e de trigo)
1 xícara de passas
1/4 a 1/2 xícara de nozes moídas
Manjericão a gosto
1 clara de ovo

1. Preaqueça o forno a 180°C. Unte levemente com o óleo um tabuleiro ou fôrma.

2. Junte as tâmaras e o suco de maçã numa caçarola. Cozinhe em fogo brando até as frutas amolecerem. Reduza a purê num liquidificador a mistura e despeje numa tigela. Adicione 2 colheres (sopa) de óleo com a aveia, as passas, as nozes e o manjericão.

3. Em tigela separada, bata ligeiramente a clara. Misture-a lentamente à mistura anterior. Pegar uma colher (sopa) e uma faca e colocar a massa dos biscoitos, em forma de colher, no tabuleiro untado.

4. Leve ao forno até dourar ligeiramente 10 a 12 minutos.

3 biscoitos = 1 porção de frutas; 1/2 de grãos integrais; ferro; rica em fibras.

IOGURTE DE FRUTAS

Rende uma xícara

3/4 de xícara de iogurte comum (pouca gordura)
1/2 colher (chá) de casca de laranja ralada
1/2 xícara de morangos frescos
1 colher (sopa) de suco de laranja concentrado
5 colheres (sopa) de suco de maçã concentrado
1/2 colher (chá) de manjericão, ou a gosto (opcional)

Misture todos os ingredientes num liquidificador até formar purê. Sirva imediatamente, ou use como calda ou molho para frutas, bolo ou panquecas.

1 xícara = 1 porção de vitamina C; 3/4 de porção de cálcio.

DAIQUIRI DE MORANGO

Rende 4 porções

2 xícaras de morangos lavados (ou 2 bananas bem maduras, cortadas em fatias)
1 xícara de cubos de gelo picado (1/2 xícara se usar morangos congelados)
1/4 de xícara de suco de maçã concentrado, ou a gosto
1 colher (sopa) de suco de lima
1 colher (chá) de extrato de rum puro

Misture todos os ingredientes em liquidificador.
Sirva frio em copos altos.

1 porção = 1 porção de frutas; 1 de vitamina C. Ou duas outras porções de frutas no caso de empregar banana.

SANGRIA VIRGEM

Rende 5 a 6 porções

3 xícaras de suco de uva (sem adoçar)
3/4 de xícara de suco de maçã concentrado
1 colher (sopa) de suco de lima fresco
1 colher (sopa) de suco de limão

1 limão pequeno, com casca, fatiado e sem semente
1 laranja pequena com casca, cortada em fatias, sem semente
1 maçã pequena descaroçada, cortada em oitavos
3/4 de xícara de soda

Junte todos os ingredientes, exceto a soda, num jarro. Misture bem e esfrie. Adicione a soda pouco antes de servir. Sirva com gelo em copos de vinho.

1 porção = 1 porção a mais de frutas

Parte 2

OS NOVE MESES:

Da Concepção ao Parto

O Primeiro Mês

A Primeira Consulta

É a mais abrangente de todas as consultas no pré-natal.[1] O obstetra revê toda a história clínica pregressa; examina a gestante; pede uma série de exames. Pode haver pequenas diferenças entre a conduta de um profissional e outro. Mas de um modo geral a consulta engloba:

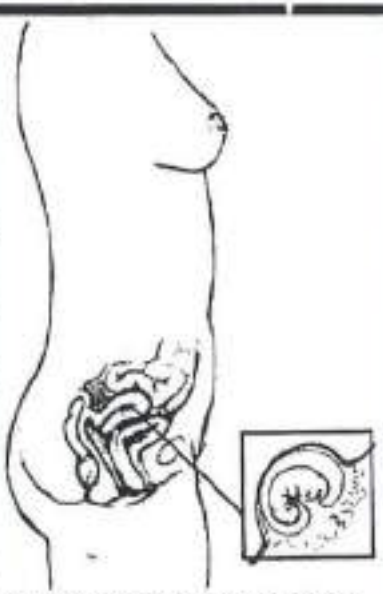
A confirmação da gravidez. O obstetra vai querer verificar: os sintomas gestatórios; a data do último período menstrual normal, para checar qual a possível data do parto (ver p. 36); os sinais do colo uterino e do próprio útero para calcular aproximadamente o estágio da gravidez. Em caso de dúvida, solicitará um teste de gravidez, caso a gestante ainda não tenha o feito.

A história clínica completa. Para oferecer o melhor tratamento possível o médico quererá saber muito sobre a vida da gestante. Esta deve ir preparada para uma série de perguntas. Será preciso refrescar a memória levando em conta: a história de doenças pregressas (doenças crônicas, doenças importantes ou cirurgias anteriores, medicamentos em uso atual ou desde a concepção, alergias conhecidas, inclusive as medicamentosas); a história médica familiar (afecções genéticas, enfermidades crônicas); a história social (idade, ocupação e hábitos — de fumar, de beber, de ginástica, de comer); a história ginecológica e obstétrica (época do primeiro período menstrual, duração e regularidade dos ciclos; abortos anteriores, provocados ou espontâneos, filhos vivos, evolução das gestações anteriores, trabalhos de parto, partos) e aspectos de sua vida pessoal que possam afetar a gravidez.

O exame físico completo. Abrange a avaliação da condição geral de saúde — exame do coração, pulmões, mamas, abdome; determinação da pressão arterial a ser comparada com a medida em consultas subseqüentes; medidas antropométricas, altura e peso, usuais e atuais; inspeção das extremidades na busca de varizes, de edema (inchaço por excesso de líquido nos tecidos), também para futura comparação; inspeção e palpação da genitália externa; exame inter-

[1] Consultar o Apêndice para a explicação dos procedimentos e dos exames realizados.

O Aspecto Físico no Primeiro Mês



Pelo fim do primeiro mês, o bebê ainda é um embrião minúsculo, como um girino, menor do que um grão de arroz. Nas duas semanas seguintes, o tubo neural (que se transformará no encéfalo e na medula espinhal), o coração, o tubo digestivo, os órgãos dos sentidos e as extremidades (braços e pernas) começam a se formar.

no da vagina e do colo uterino (através de espéculo); exame bimanual dos órgãos pélvicos (com uma das mãos na vagina e a outra no abdome), e também do reto e do próprio canal vaginal; avaliação das dimensões e da conformação da pelve óssea.

Uma bateria de exames. Alguns testes são rotina para todas as gestantes; alguns outros são rotina em certas regiões do país ou para alguns médicos, apenas; outros ainda só são realizados quando as circunstâncias os justificam. Entre os exames mais comuns do pré-natal estão:

- Exame de sangue para determinar o tipo sangüíneo e a presença de anemia.
- Exame de urina (EAS) para pesquisa de açúcar, proteína, leucócitos, sangue e bactérias.
- Exames de sangue para determinar a imunidade a doenças como a rubéola.
- Exames para desvendar a presença de infecções como sífilis, gonorréia, hepatite, infecção por clamídia e, em alguns casos, AIDS.
- Exames genéticos para identificação de anemia falciforme ou doença de Tay-Sachs.
- Colpocitoscopia (esfregaço do colo uterino) para detecção de câncer cervical.
- Pesquisa de diabetes gestacional para confirmar ou não tendência ao diabetes, sobretudo em mulheres que já tiveram filhos muito grandes para a idade gestacional ou que ganharam peso em excesso em gestação anterior.

Uma oportunidade para discutir vários assuntos. Venha preparada com uma lista de perguntas, problemas e sintomas sobre os quais gostaria de conversar. É também um bom momento para levantar questões especiais ainda não consideradas na consulta prévia.

Os Sintomas Físicos e Emocionais

A gestante experimenta ora todos os sintomas, ora só um ou outro.

Físicos:

- Falta da menstruação (embora possa haver alguma pequena secreção, seja no momento em que a menstruação seria esperada, seja no momento da implantação do ovo fertilizado no útero)
- Fadiga e sonolência
- Necessidade de urinar com freqüência
- Náusea, com ou sem vômito, acompanhada ou não de salivação abundante (ptialismo)
- Azia, indigestão, flatulência (gases), eructação (arrotos)
- Aversão em relação a certos alimentos, desejo por outros
- Alterações dos seios (mais acentuadas nas mulheres que apresentam alterações mamárias antes da menstruação): plenitude, peso, dor ao toque, formigamento; escurecimento da aréola mamária (a região pigmentada ao redor do mamilo); crescimento das glândulas sudoríparas areolares (tubérculos de Montgomery); uma trama de linhas azuladas começa a aparecer por debaixo da pele à medida que aumenta o aporte de sangue para os seios (embora possam surgir só tardiamente)

Emocionais:

- Instabilidade emocional comparável à das síndromes pré-menstruais, em que se vêem irritabilidade, oscilações de humor, irracionalidade, choro fácil.
- Apreensão, medo, alegria, júbilo ou exultação — qualquer deles ou todos eles.

As Preocupações Comuns

FADIGA

"Sinto-me cansada o tempo todo. Estou ficando preocupada: talvez não consiga continuar trabalhando."

Não surpreende o cansaço. De certa forma, o organismo grávido trabalha mais no repouso do que o organismo não-grávido, ao escalar uma montanha; a gestante só não vê o esforço despendido. Porque o corpo está desenvolvendo o sistema de apoio ao bebê, a placenta, que só estará terminado ao cabo do primeiro trimestre. E também porque está se ajustando às demandas físicas e emocionais do ciclo gestacional, que são consideráveis. Completada a placenta, reajustado o organismo (por volta do quarto mês), recuperam-se as energias. Até lá será necessário trabalhar um pouco menos ou tirar alguns dias de folga. A gravidez, no entanto, prossegue o curso normal, e não há motivo para

afastar-se do trabalho (suponho-se que o médico não tenha feito restrições a atividades e/ou que o trabalho não seja extenuante em excesso ou perigoso; ver p. 102). A maioria das gestantes se sente mais feliz e menos ansiosa quando se mantém ocupada.

Como a fadiga é um sintoma normal, legítimo, não há por que tentê-la. Considere-a um sinal de que o corpo precisa repousar mais. É fácil falar, mas é difícil fazer. Mesmo assim vale a pena tentar.

Mime a si mesma. Se é a sua primeira gravidez, desfrute do que talvez seja a sua última chance durante muito tempo para concentrar-se em você mesma sem se sentir culpada. Se já tem um ou dois filhos em casa, terá de dividir a atenção. Mas, seja como for, essa não é a ocasião para galgar o *status* de super-futura-mamãe. **Repousar o suficiente é mais importante do que manter a casa brilhando ou servir jantares dignos de cinco estrelas. Livre-se à noite de atividades não essenciais.** Passe-as sem ficar de pé como puder: lendo, vendo TV, folheando livros com nomes de bebês. Se você tiver filhos mais velhos, leia para eles, jogue (jogos calmos) com eles, ou assista com eles a vídeos infantis clássicos em vez de vaguear pelo *playground*. (A fadiga pode ficar mais pronunciada quando se tem filhos mais velhos em casa, simplesmente porque crescem as exigências físicas e há menos tempo para repousar. Por outro lado, pode não ser tão percebida, já que a mãe de filhos pequenos em geral está acostumada à exaustão ou/e estar muito ocupada para se incomodar.)

E não espere a noite cair para reduzir o ritmo — se puder se dar o luxo de uma soneca à tarde, não hesite em fazê-lo. Se não conseguir dormir, deite-se com um bom livro. A soneca no escritório não é uma coisa sensata, naturalmente, a menos que você tenha horário flexível e acesso a um sofá confortável. Mas convém espichar as pernas sobre a escrivaninha ou na sala de estar das senhoras durante as pausas e durante a hora de almoço. (Se você escolher a hora de almoço para descansar, não se esqueça de comer também.) O descanso quando já se é mãe pode também ser difícil, mas você pode conjugar o seu repouso com o horário de repouso das crianças, e acompanhá-lo — presumindo que tolere a louça por lavar e as bolas de poeira debaixo da cama.

Deixe os outros mimarem-na. Aceite a proposta da sogra de varrer ou passar o aspirador na casa quando em visita. Deixe o papai levar as crianças ao zoológico no domingo. Encarregue o marido das compras, do supermercado, da lavanderia etc.

Durma mais uma ou duas horas por noite. Deite-se antes da 11, levante-se mais tarde (e que o seu marido faça o café).

Preste atenção à dieta. A fadiga do primeiro trimestre é muitas vezes agravada por deficiência de ferro, de proteínas, ou de meras calorias. Confira mais de uma vez para ver se você está de fato atendendo às necessidades (ver a Dieta Ideal, p. 109). Mas independentemente do cansaço, não ceda à tentação de revigorar-se com café, chocolate ou bolo. O efeito não dura muito tempo e, depois da elevação moral temporária, a glicose no sangue cai rapidamente e sobrevém fadiga ainda maior.

Verifique o ambiente. A iluminação insuficiente, o ar poluído, o ruído em excesso dentro de casa ou no local de trabalho podem contribuir para fadiga. Esteja alerta a esses problemas e procure corrigi-los.

Dê uma caminhada. Em marcha lenta ou mais apressada. Dê um passeio pelo su-

permercado. Faça os exercícios de rotina para a gravidez. Paradoxalmente, a fadiga pode ser exacerbada por repouso em excesso e por atividade insuficiente. Mas não exagere nos exercícios. Pare antes que o bem-estar do exercício se transforme em mal-estar e certifique-se de acompanhar as orientações dadas à p. 231.

Embora a fadiga provavelmente cesse por volta do quarto mês, ela em geral retorna no último trimestre — talvez a forma encontrada pela natureza para preparar a gestante para as longas noites insones quando vier o bebê.

Quando a fadiga for intensa, sobretudo quando acompanhada de desmaio, palidez, falta de ar, ou/e palpitações, convém comunicar os sintomas ao médico (ver Anemia, p. 189).

DEPRESSÃO

"Sei que deveria me sentir feliz com a gravidez, mas acho que estou sentindo a depressão do puerpério prematuramente."

Em primeiro lugar, talvez você esteja confundindo depressão com as oscilações normais do humor durante a gravidez. Essas oscilações podem ser mais pronunciadas no primeiro trimestre, e em geral em mulheres que habitualmente sofrem de instabilidade emocional no período pré-menstrual. Os sentimentos ambivalentes com relação à gestação depois de confirmada, comuns mesmo quando planejada, podem exacerbar ainda mais essas variações de ânimo. Embora não tenham cura, pode-se melhorar um pouco a situação evitando o açúcar, o chocolate e a cafeína (que podem deprimir ainda mais a pessoa), adotando a Dieta Ideal, mantendo o equilíbrio entre o repouso e o exercício e, sempre que possível, falando a respeito do que se sente.

Se você se sentir deprimida com frequência ou persistentemente, talvez esteja entre as 10% das gestantes que têm de enfrentar a depressão leve a moderada durante a gravidez. Entre os fatores que favorecem a depressão na mulher estão:

- História familiar ou pessoal de distúrbios emocionais.
- Estresse sócio-econômico.
- Falta de apoio emocional por parte do pai do bebê.
- Internação ou repouso forçado ao leito por complicações da gravidez.
- Ansiedade em relação à própria condição de saúde, sobretudo quando se vivencia complicações ou doenças durante a gravidez.
- Ansiedade sobre a saúde do bebê.

Os sintomas mais comuns de depressão, além da sensação de vazio, de indiferença e de aborrecimento, são os distúrbios do sono; a modificação dos hábitos alimentares (não comer nada ou simplesmente não parar de comer); a fadiga prolongada ou incomum; a perda de interesse pelo trabalho, pelas diversões e por outras atividades ou prazeres da vida; e as exageradas oscilações de humor. Se é isso que você vem experimentando, tente as dicas para enfrentar a depressão do pós-parto que pareçam servir para o seu caso no momento (ver p. 446).

Se os sintomas persistirem por mais de duas semanas, fale com o médico ou peça para ser encaminhada a um terapeuta. Exceto em casos extremos, os medicamentos antidepressivos, cuja segurança durante a gestação é incerta, não serão usados em favor da psicoterapia de apoio, que muitas vezes se mostra igualmente eficaz. Conseguir ajuda é impor-

tante, porque a depressão pode levar ao descuido e à indiferença para consigo mesma e para com o bebê.

AS NÁUSEAS MATINAIS

"Ainda não senti qualquer náusea. Posso mesmo assim estar grávida?"

A náusea matinal, assim como a vontade inarredável de comer picles e sorvete, é um dos truísmos da gravidez que nem sempre se manifesta. Só um terço a metade das gestantes experimenta náusea e/ou vômito. Se você estiver entre as que não os experimentam, considere-se não só uma mulher grávida como uma mulher de sorte, também.

"Passo o dia inteiro enjoada. Fico com medo de não conseguir manter alimento suficiente no estômago a fim de nutrir o bebê."

Felizmente, a náusea matinal (denominação errada, porque pode ocorrer pela manhã, à tarde, à noite — até durante o dia inteiro) quase nunca interfere no processo nutricional a ponto de prejudicar o concepto em desenvolvimento. E, para a maioria das gestantes, não vai além do terceiro mês — embora algumas sintam náuseas até o segundo trimestre e outras, sobretudo as com gestação gemelar, possam desfrutar desse prazer duvidoso durante os nove meses.

Qual a causa da náusea? Não se sabe ao certo, mas não faltam teorias. Sabe-se que o posto de comando da náusea e do vômito se localiza numa região especial do tronco encefálico (tronco cerebral). Aponta-se um leque de causas físicas para a estimulação exagerada dessa região durante a gravidez: elevado teor de hCG no primeiro trimestre, rápido estiramento da musculatura uterina, relativo relaxamento dos tecidos musculares no tubo digestivo (o que torna a digestão menos eficiente), e do excesso de ácido no estômago, seja pela falta de alimento, seja pela ingestão de alimentos indevidos.

Mas só esses fatores físicos não explicam o quadro clínico, já que todos são comuns a todas as gestantes e nem todas sofrem de náusea e de vômito. No entanto, alguns fatos bastante esclarecedores parecem corroborar a teoria da exacerbação dos fatores físicos pelos emocionais. Em primeiro lugar, porque a náusea matinal é desconhecida pelas comunidades primitivas, em que o estilo de vida é mais simples, mais relaxado e menos competitivo (embora ela já existisse na antiga civilização ocidental). Em segundo lugar, porque muitas gestantes que padecem de hiperêmese gravídica (vômitos em excesso) se recuperam rapidamente, sem tratamento, tão logo sejam colocadas em ambiente hospitalar relativamente tranqüilo, longe da família e dos problemas do dia-a-dia. Ademais, as pesquisas também revelam que muitas das mulheres que apresentam náuseas matinais são bastante suscetíveis à força da sugestão — e em nossa sociedade decerto espera-se que a náusea matinal faça parte do quadro gestacional. Também bastante revelador é o fato de que algumas mulheres só sofrem de náuseas e vômitos debilitantes quando a gestação não foi planejada, não foi desejada, sem padecerem de qualquer enjôo quando a gestação é bem-vinda. A fadiga física e mental também parece aumentar a possibilidade dos episódios de náusea. Como no caso da gravidez gemelar — provavelmente em decorrência da multiplicação do estresse físico e emocional.

O fato de que a náusea matinal é mais comum e tende a ser mais pronunciada em primíparas (primeira gestação) vem apoiar o conceito da participação de fatores físicos e emocionais na sua origem. Do ponto de vista físico, a gestante na primeira gravidez está com o corpo menos preparado para a nova situação hor-

monal e para as outras alterações que ocorrem. Do ponto de vista emocional, essa gestante se encontra mais propensa às ansiedades e aos medos capazes de revirar o estômago. Já as mulheres na sua segunda ou terceira gestação esquecem das preocupações e da náusea em virtude das demandas dos outros filhos.

Lamentavelmente, os especialistas sabem menos a respeito do tratamento do problema do que a respeito de sua causa. Concordam, todavia, que há muitas formas de mitigar os sintomas e de minimizar os efeitos. Seguem-se algumas dessas medidas:

- Seguir dieta rica em proteínas e em carboidratos complexos (ver a Dieta Ideal, p. 109) — ambos combatem a náusea. Como também a boa nutrição, assim como também a devida alimentação sob quaisquer circunstâncias.

- Beber líquidos em abundância — sobretudo quando houver perdas por vômito. Se for mais fácil ingeri-los durante os períodos de desconforto gástrico, use-os para o aporte de nutrientes. Insista no seguinte cardápio: *milk shake* duplo (p. 125); suco de frutas ou de legumes; sopas, consomês, caldos. Se os líquidos causaram enjôo, convém comer sólidos ricos em água, como as frutas frescas e os legumes e verduras — sobretudo alface, melão e frutas cítricas. Algumas mulheres acham que comer e beber ao mesmo tempo é muita coisa para o seu aparelho digestivo; se for este o seu caso, tente tomar os líquidos só entre as refeições.

- Fazer uso de complemento vitamínico (p. 118) para compensar uma possível deficiência nutricional. Mas só quando for possível ingeri-los e retê-los, possivelmente antes de dormir. Talvez o médico recomende uma dose extra de 50 miligramas de vitamina B_6, que parece aliviar a náusea em algumas mulheres. *Não se deve fazer uso de medicamentos contra a náusea matinal* a menos que prescritos pelo médico. Essa prescrição quase sempre só é feita quando a náusea é muito acentuada (ver hiperêmese, p. 388) e ameaça comprometer o estado nutricional da gestante e do feto.

- Evitar ver, cheirar ou provar alimentos que fazem enjoar. Não se transforme em mártir, preparando linguiça com cebola para o marido, se isso a fizer ir correndo para o banheiro. E não force a ingestão de alimentos que não lhe apetecem ou que lhe causam enjôo. Deixe que o estômago a oriente na sua escolha. Se os únicos alimentos que lhe apetecem são os doces, opte por eles (obtenha vitamina A através de pêssegos e panquecas em lugar de brócolis e frango). Se preferir, substitua os cereais e o suco de laranja do café da manhã por um sanduíche de queijo quente com tomate.

- Comer com freqüência — antes de sentir fome. Quando o estômago está vazio, os ácidos não têm nada para corroer a não ser o próprio revestimento gástrico. Isso pode provocar náusea. O mesmo acontece quando fica baixa a glicose (açúcar) no sangue em virtude de longos intervalos entre as refeições. Seis refeições pequenas são melhores do que três grandes. Carregue consigo lanches nutritivos (frutas secas, biscoitos de trigo integral) para comê-los nas horas mais oportunas.

- Comer antes de vir a náusea. O alimento desce com mais facilidade e, ao encher o estômago, pode prevenir o episódio.

- Comer na cama — pelas mesmas razões por que se deve comer com freqüência: para evitar ter o estômago vazio e manter o nível de glicose no sangue. Antes de ir dormir, fazer um lanche rico em proteínas e em carboidratos complexos: leite com broa de milho, por exemplo. Vinte minutos antes de levantar da cama pela manhã, fazer um lanche rico em carboidratos: biscoitos de trigo integral, passas etc. Deixe-os junto à cama ao deitar para não ter de levantar para pegá-los e em caso de fome durante a noite.[2]

- Dormir mais e relaxar. A fadiga física e emocional pode aumentar a náusea matinal.

- Levantar em câmera lenta — levantar-se depressa tende a agravar a náusea. Não pule da cama e corra até a porta. Fique na cama digerindo os biscoitos por uns vinte minutos, para só então levantar para um desjejum calmo. Talvez isso pareça impossível para quem já tem outros filhos. Mas convém levantar antes deles para ter um pouco de sossego ou então deixar que o marido se encarregue dos afazeres matinais.

- Escove os dentes (com pasta de dente que não aumente o enjôo) ou lave a boca (peça uma indicação ao dentista, verifique com o médico) depois de cada episódio de vômito, e também depois de cada refeição. Isso não só vai refrescar a boca e reduzir a náusea, como diminui o risco de problemas dentários ou gengivais que podem ocorrer quando as bactérias oriundas do material regargitado ali se instalam.

- Minimize o estresse. A náusea matinal é mais comum entre as mulheres sob grande estresse, seja no trabalho ou em casa. Ver p. 147 para algumas dicas que a ensinam a lidar com estresse durante a gravidez.

Em 7 de cada 2.000 gestações, a náusea e o vômito ficam tão intensos que requerem tratamento médico. Se for esse o seu caso, ver p. 388.

SALIVA EM EXCESSO

"Minha boca parece estar cheia de saliva todo o tempo — e a deglutição me dá náuseas. Isso tem a ver com a gravidez?"

O excesso de saliva, também chamado de ptialismo, é outro sintoma comum da gravidez. É desagradável mas inócuo. Felizmente, costuma desaparecer depois dos primeiros meses. É mais comum em mulheres que também sofrem de náusea matinal e parece fazer parte do quadro de enjôo. Não há cura certa, mas escovar os dentes com pasta de menta ou mascar chiclete ajuda um pouco.

MICÇÃO FREQÜENTE

"Vou ao banheiro de meia em meia hora. É normal ficar urinando tanto?"

A maioria — mas de forma alguma todas — das gestantes costuma freqüentar com assiduidade o banheiro durante o primeiro e o último trimestre. Um dos motivos para o aumento inicial da freqüência urinária está no maior volume de líquido no corpo e na melhor eficiência dos rins, que ajudam a eliminação mais rápida dos resíduos metabólicos. Outro motivo está na pressão exercida pelo útero em crescimento, que ainda se acha na pelve junto à bexiga.

[2] Se você associar algum lanche rico em carboidratos, por exemplo, com a sua náusea, passe a fazer lanche diferente.

Esta pressão na bexiga costuma diminuir quando o útero atinge a cavidade abdominal, por volta do quarto mês. Provavelmente o sintoma não retornará até a "descida" do bebê à pelve, por volta do nono mês. No entanto, como a disposição dos órgãos internos varia de mulher para mulher, a intensidade desse sintoma pode também variar.

Inclinar-se para a frente ao urinar ajuda a esvaziar por completo a bexiga e pode reduzir o número de vezes que a gestante procura o banheiro. Se achar que está indo com muita freqüência à noite, procure eliminar os líquidos depois das 4 h da tarde. Mas não os elimine sob outros aspectos.

"Como é possível que eu não esteja urinando com freqüência?"

A ausência de qualquer sinal perceptível de aumento da freqüência urinária pode ser perfeitamente normal, sobretudo na mulher que já costuma urinar bastante. Convém, todavia, verificar se está ingerindo líquidos o suficiente (ao menos oito copos por dia). Não só a ingestão insuficiente de líquidos é causa de micção infreqüente, mas pode também levar à infecção urinária.

ALTERAÇÕES NOS SEIOS

"Não reconheço mais os meus seios, de tão grandes e sensíveis. Vão ficar assim e cair depois do parto?"

A costume-se com os peitos grandes por ora. Embora possam não ser sempre elegantes, são um dos traços distintivos da gestação. Os seios ficam inchados e sensíveis por causa da maior produção, pelo organismo, de estrogênio e progesterona. (O mesmo mecanismo opera no período pré-menstrual, quando muitas mulheres experimentam alterações nos seios — embora tais alterações sejam mais pronunciadas na gravidez.) Não se dão por acaso: visam prepará-la para alimentar o bebê quando ele chegar. Se, entretanto, forem menos acentuadas numa segunda gravidez ou noutra gestação subseqüente (como costumam ser), não significa que você será menos capaz de amamentar.

Além do crescimento, você provavelmente notará outras alterações nos seus seios. A aréola (a região pigmentada ao redor do mamilo) escurece, se alarga, e poderá ficar marcada por áreas mais escuras. Embora esse escurecimento se atenue, não desaparece totalmente depois do nascimento. As pequenas saliências que por vezes se percebem na aréola são glândulas sebáceas que, embora hipertrofiadas durante a gestação, retornam ao normal depois. Uma abundante trama de vasos venosos azulados passa a ser entrevista nas mamas — bem mais saliente, pelo geral, em mulheres de pele clara — e representa o sistema de aporte nutricional e de líquidos da mãe para o bebê. Depois do parto ou do aleitamento, a aparência da pele volta ao normal.

Há felizmente uma alteração à qual a gestante não terá de se acostumar: a sensibilidade mamária ao toque, às vezes agonizante. Embora os seios cresçam durante toda a gestação — às vezes num volume equivalente ao de três xícaras —, não costumam permanecer dolorosos ao toque depois do terceiro ou do quarto mês. Se vão ou não cair depois do nascimento do bebê é coisa que, pelo menos em parte, depende da própria gestante. O estiramento e a queda do tecido mamário decorrem da falta de suporte durante a gestação — embora possa haver uma propensão genética. A gestante deve usar sutiã firme diariamente, para proteger os seios. Em caso de serem muito grandes ou com tendência a cair, convém usar sutiã mesmo durante a noite.

Se os seios aumentarem logo no iní-

cio da gravidez e depois, repentinamente, diminuírem de tamanho (sobretudo se outros sintomas de gestação desaparecerem sem explicação), entre em contato com o médico.

"Meus seios ficaram enormes na minha primeira gestação, mas não parecem se modificar agora que estou na segunda. Será que tem alguma coisa errada?"

As mulheres de seios pequenos, que esperam ter os seios novamente grandes na segunda e na terceira gravidez, às vezes ficam desapontadas, ao menos temporariamente. Embora em algumas cresçam como da primeira vez, noutras isso não acontece — talvez porque as mamas, graças à experiência prévia, não precisem de tantos preparativos e reajam aos hormônios da gestação de forma menos dramática. Nessas mulheres, os seios podem crescer gradualmente no decorrer da gestação, ou talvez detenham essa expansão até após o parto, quando tiver início a produção de leite.

COMPLEMENTOS VITAMÍNICOS

"Devo tomar vitaminas?"

Ninguém consegue seguir todos os dias uma dieta nutricionalmente perfeita, sobretudo na gestação incipiente, quando a náusea matinal atua como supressor comum do apetite e quando aquela pequena nutrição que algumas mulheres conseguem engolir muitas vezes volta diretamente para fora. A complementação vitamínica diária, embora não substitua a boa dieta no pré-natal, pode servir de garantia dietética, assegurando, no caso do organismo não cooperar ou de ocasionalmente a gestante omitir refeições, que o bebê não seja prejudicado. Além disso, algumas pesquisas revelam que as mulheres que fazem uso de complementação vitamínica antes da gestação e durante o primeiro mês são capazes de reduzir de forma significativa o risco de problemas do tubo neural (como o de espinha bífida) em seus filhos. A boa complementação, formulada especialmente para a gestante, é vendida em farmácias mesmo sem receita médica. (Ver na p. 118 a composição correta para a gestação.) Mas é preciso não substituir a boa dieta por comprimidos de vitamina: as vitaminas são mero complemento. Qualquer vitamina que ofereça à gestante mais do que a dose diária recomendada deve ser considerada medicamento e só deve ser tomada sob supervisão médica, quando os benefícios superem os riscos.

Muitas gestantes percebem que a complementação vitamínica às vezes acentua a náusea no início da gravidez, às vezes até depois. A troca de produto pode ajudar. O mesmo poderá ocorrer se você começar a tomar a cápsula ou comprimido depois das refeições. Verifique com o médico, porém, antes de trocar de produto, para que a fórmula do novo atenda às suas necessidades de complementação.

Em algumas mulheres, o ferro presente na complementação vitamínica pode causar constipação ou diarréia. Convém mais uma vez trocar de produto. O uso de complementação vitamínica sem ferro e de um preparado que o contenha em separado pode também reduzir a irritação e aliviar os sintomas. Além disso, o médico pode prescrever um que se dissolva no intestino e não no estômago, que é mais sensível. Peça o conselho dele.

GRAVIDEZ ECTÓPICA

"Sinto cólicas de vez em quando. Será que posso estar com gravidez ectópica sem saber?"

O receio de gravidez tubária (ou gravidez ectópica) fica rondando o pensamento de toda gestante (sobretudo na primeira gestação) que tenha ouvido a respeito desse tipo de implante anormal do concepto. Felizmente, para a grande maioria o receio não tem fundamento — e deve desaparecer por completo por volta da oitava semana de gestação, quando são diagnosticadas e encerradas as gestações ectópicas, na grande maioria.

Apenas cerca de uma em 100 gestações é ectópica — ou seja, ocorre fora do útero, em geral nas trompas de Falópio.[1] Algumas destas chegam a ser diagnosticadas antes de a mulher perceber que está grávida (são muitos os casos). Assim é que se o médico tiver confirmado a sua gestação através de um exame de sangue e de um exame físico, sem sinais de gravidez tubária, a leitora poderá riscar essa preocupação da lista.

Há vários fatores que tornam as mulheres mais suscetíveis à gravidez ectópica, entre os quais:

- Gravidez tubária prévia.
- Doença inflamatória pélvica pregressa.
- Cirurgia tubária ou abdominal anterior, com formação de cicatriz no pós-operatório.
- Ligadura de trompa malsucedida (para esterilização) ou ligadura de trompa invertida.
- Mulher em uso de DIU durante a concepção (o DIU tem mais chance de evitar a concepção no útero do que fora dele — aumentando o risco de gestações ectópicas entre as usuárias).[2]
- Possivelmente, o abortamento múltiplo induzido (as evidências não são claras).
- Possivelmente, a exposição ao dietilestilbestrol (DES) durante a vida intrauterina, sobretudo quando tiver ocasionado importantes anomalias estruturais do aparelho reprodutor.

Apesar da raridade, toda gestante — sobretudo as de alto risco — deve se familiarizar com os sintomas da gestação ectópica. A cólica ocasional, provavelmente decorrente de estiramentos ligamentares com o crescimento uterino, não faz parte deles. Mas há muitos outros que vão requerer a avaliação médica imediata. Em caso de a gestante não poder entrar em contato imediato com o médico, ela deve dirigir-se a um pronto-socorro.

- A dor em cólica, em cãibra, que se acentua ao toque, em geral no baixo-ventre — a princípio de um dos lados, embora depois possa se irradiar para todo o abdome. Pode ser agravada pelo esforço ao defecar, pela tosse e pelos movimentos. Em caso de rompimento tubário, a dor se torna aguda e constante por breve período antes de se difundir por toda a região pélvica.
- Pequenas manchas de sangue (vaginal) ou leve hemorragia (intermitente ou persistente), que muitas vezes precedem a dor em dias ou semanas, embora possa não haver sangramento sem a ruptura da trompa.
- Hemorragia intensa se houver ruptura da trompa.

[1] Isso costuma ocorrer porque alguma irregularidade da trompa impede a passagem do ovo até o útero. Em raras ocasiões o ovo fecundado se implanta no ovário, na cavidade abdominal ou na cérvice.

[2] Mas o uso de DIU no passado não parece aumentar o risco.

- Náusea e vômito em cerca de 25% a 50% dos casos — embora difíceis de distinguir da náusea e do vômito matinais.
- Tonteira ou fraqueza, em alguns casos. Havendo rompimento tubário, são comuns o pulso débil e rápido, a pele úmida e o desmaio.
- Dor no ombro, em algumas mulheres.
- Sensação de pressão no reto, em algumas mulheres.

No caso de uma gravidez ectópica, o atendimento médico de emergência não raro salva a trompa de Falópio da mulher e também a sua fertilidade (ver p. 388, para o tratamento da gravidez ectópica).

A CONDIÇÃO DO BEBÊ

"Fico nervosíssima porque não consigo sentir o meu bebê. Ele pode morrer sem que eu fique sabendo?"

Nessa fase, sem crescimento perceptível do abdome e inexistindo atividade fetal evidente, é realmente difícil imaginar que dentro de nosso corpo esteja vivendo, se desenvolvendo, um bebê. Mas a morte do feto ou do embrião sem a devida eliminação uterina no aborto espontâneo é muito rara. Quando acontece, desaparecem todos os sinais de gestação, inclusive a dor ao toque dos seios e seu crescimento, podendo surgir um corrimento de tonalidade marrom, pardacento, embora não se manifeste a hemorragia franca. Ao exame, o médico verificará que o útero diminuiu de tamanho.

Se em qualquer período todos os sintomas de sua gestação parecerem desaparecer, ligue para o médico. É melhor do que ficar em casa se remoendo de preocupações.

ABORTO ESPONTÂNEO

"Pelo que eu li e pelo que minha mãe me diz, receio que fiz e que esteja fazendo tudo que é capaz de causar um aborto."

Para muitas gestantes, o receio do aborto as faz conter a alegria no primeiro trimestre. Algumas só dão as boas-novas depois do quarto mês, quando passam a ter alguma segurança de que a gravidez há de prosseguir. E prosseguirá, de fato, para a grande maioria — provavelmente para 90% das gestantes.[3]

Há ainda muito a ser aprendido sobre as causas do abortamento precoce, mas entre os fatores que *não* o causam estão os seguintes:

- Problema anterior com DIU. A cicatrização do endométrio (o tecido que reveste o útero) em decorrência de infecção provocada por DIU é capaz de impedir a implantação do ovo na cavidade uterina, mas, depois da implantação, ele não costuma causar abortamento. Nem a dificuldade anterior em manter o DIU em posição há de interferir numa gestação.
- História de abortamento múltiplo.[4] A formação cicatricial no endométrio em virtude de múltiplos abortos, como a oriunda das infecções por DIU, é capaz de impedir a implantação do ovo mas não ser responsável por aborto precoce.

[3] Cerca de 10% das gestações diagnosticadas terminam clinicamente em aborto aparente. Outros 20% a 40% terminam antes do diagnóstico ser feito: são esses os abortos espontâneos que passam despercebidos.

[4] Embora não sejam causa imediata de aborto espontâneo precoce, os abortos de repetição e outros procedimentos que exigem a dilatação da cérvice podem causar enfraquecimento ou insuficiência cervical — muitas vezes motivo de aborto espontâneo tardio. (Ver p. 212.)

- Os transtornos emocionais — decorrentes de discussão, de estresse no trabalho ou de problemas familiares.

- Uma queda ou pequenas lesões acidentais da gestante. No entanto, as lesões traumáticas de maior gravidade podem comprometer o feto, havendo portanto sempre necessidade de tomar certas precauções — usar cinto de segurança, não subir em escadas bambas etc.

- A atividade física usual e a que se está acostumada, como as tarefas domésticas; segurar crianças no colo, segurar sacolas ou outros objetos moderadamente pesados (ver p. 241); pendurar cortinas; mover móveis leves; e o exercício moderado e seguro (ver p. 225).[7]

- Relações sexuais — a menos que a mulher tenha história de aborto espontâneo ou esteja sob outros aspectos em risco elevado de perder a gravidez.

Há diversos fatores, no entanto, que, *segundo se pensa*, aumentam o risco de aborto espontâneo. Alguns não costumam recidivar e não devem interferir em futuras gestações. A exposição à rubéola, por exemplo, ou a outras doenças teratogênicas, à radiação, ou a drogas prejudiciais ao feto; febre alta; ou DIU implantado no momento da concepção. Outros fatores de risco, uma vez identificados, podem ser controlados ou eliminados em gestações futuras (a má nutrição; o tabagismo; a insuficiência hormonal; e certos problemas médicos maternos). Alguns fatores de risco do aborto espontâneo não são facilmente superados, como as malformações uterinas (embora, às vezes, possam ser corrigidas cirurgicamente) e certas enfermidades crônicas da mãe.

Em raras ocasiões, os abortos sucessivos remontam à rejeição pelo sistema imunológico da mãe das células do pai no embrião em desenvolvimento. A imunoterapia pode ser capaz de corrigir esse problema e possibilitar uma gravidez normal.

Quando não se preocupar. É importante entender que nem toda cólica, nem toda dor, nem toda manchinha de sangue é necessariamente aviso de aborto iminente. Quase toda a gestação normal deve englobar ao menos um dos seguintes sintomas, de um modo geral inócuos, numa ou noutra ocasião:[8]

- Cólicas leves, dolorimento ou uma sensação de repuxo de um ou de ambos os lados do abdome, via de regra, por estiramento dos ligamentos que dão sustentação ao útero. Salvo quando a cólica é pronunciada, constante, ou acompanhada de sangramento, não há motivo para preocupação.

- Pequenas perdas vaginais por ocasião do período menstrual esperado, cerca de 7-10 dias depois da concepção, quando um pequenino aglomerado de células — que dará origem ao bebê — se fixa à parede uterina. É fenômeno comum nessas ocasiões e não indica necessariamente qualquer problema com a gravidez — já que não se acompanha de dor na região abdominal inferior.

Ao suspeitar de aborto. Em vigência de qualquer dos sintomas arrolados na página anterior, convém chamar o médi-

[7] Numa gestação de alto risco, o médico pode limitar essas atividades ou mesmo prescrever rigoroso repouso no leito. Mas só é necessário limitar as atividades sob orientação do médico.

[8] Convém rotineiramente informar o médico sobre *qualquer* dor, cólica ou sangramento. Na maioria dos casos, ele conseguirá afastar a sua preocupação.

Os Possíveis Sinais de Aborto Espontâneo

Quando Chamar Imediatamente o Médico (por Precaução)

- Quando ocorrer sangramento acompanhado de cólicas ou dor no centro do baixo-ventre. (A dor de um dos lados na gestação incipiente pode ser desencadeada por gravidez ectópica, e também justifica chamar o médico.)
- Quando a dor é intensa ou persiste por mais de um dia, mesmo quando não acompanhada de secreção tingida de sangue ou de hemorragia.
- Quando o sangramento é tão intenso quanto o do período menstrual, ou se o aparecimento de manchas de sangue persistir por mais de três dias.

Quando Ir para o Pronto-socorro

- Quando já há história de aborto e ocorre sangramento, acompanhado ou não de cólica (ou quando ocorrem ambos).
- Quando o sangramento é tão intenso que requer o uso de vários absorventes numa hora só, ou quando a dor é insuportável.
- Quando se eliminam coágulos ou material acinzentado ou cor-de-rosa — o que pode significar que o abortamento já começou. Se você não puder chegar ao médico, convém ir para o pronto-socorro mais próximo ou para o serviço de emergência obstétrica recomendado pelo médico. Talvez o médico queira preservar o material eliminado (num saco plástico, num outro recipiente limpo) para descobrir se é ameaça de aborto, ou aborto completo ou incompleto, requerendo D & E (dilatação e esvaziamento, com curetagem).

co. No caso dos sintomas sob a rubrica "Situações de Emergência" e a leitora não encontrar o médico, é preciso deixar recado e chamar uma ambulância ou ir direto para um pronto-socorro.

Enquanto se espera o auxílio, cumpre deitar, se possível, ou então repousar numa cadeira com os pés para cima. Embora não se vá impedir o aborto se este tiver de ocorrer, consegue-se ao menos relaxar. O que também ajuda a relaxar é saber que a maioria das mulheres com episódios de sangramento na gravidez incipiente chegam a termo e têm filhos sadios, normais.

Se houver suspeita ou diagnóstico de aborto, ver p. 392.

"Eu realmente não estou me sentindo grávida. Será que abortei sem saber?"

A preocupação com o aborto imperceptível, embora comum, não se justifica. Uma vez estabelecida a gestação, os sinais de abortamento não são da espécie que simplesmente passa despercebida. Além disso, é raríssimo o embrião em desenvolvimento morrer e não ser expelido do útero. "Não se sentir grávida", tão-somente, não costuma ser motivo para preocupação — muitas mulheres com gravidez normal não se sentem grávidas, ao menos até que comecem a perceber os movimentos fetais. Divida a sua preocupação com o médico na próxima consulta; ele será sem dúvida capaz de tranqüilizar você.

Se, no entanto, estiver experimentando os sintomas de gravidez e todos re-

pentinamente desaparecerem sem explicação, telefone ao médico.[9]

ESTRESSE

"Meu trabalho é superestressante. Eu não planejava ter um filho agora, mas engravidei. Devo parar de trabalhar?"

O estresse foi se transformando, com o passar das duas últimas décadas, numa importante área de pesquisa em virtude do efeito que tem em nossas vidas. Dependendo de como o enfrentamos e a ele reagimos, pode nos ser benéfico (quando nos estimula para um melhor desempenho, para uma atividade mais eficiente) ou maléfico (quando sai de controle, nos sobrecarregando e nos debilitando). Se o estresse no trabalho a mantém no auge da eficiência, estimulando-a e desafiando-a, não deverá ser prejudicial para a gravidez. Mas se a deixa ansiosa, sem sono, deprimida ou se causa em você sintomas físicos (como cefaléia, dor nas costas ou perda do apetite), então poderá ser. Pode também ser prejudicial quando a esgota (ver p. 135 para dicas sobre como combater a fadiga).

As reações negativas ao estresse podem se complicar pelas oscilações normais do humor durante a gestação. Se certas reações (perda do apetite, má alimentação, insônia) têm agora um efeito adverso sobre você, com a continuidade acabarão tendo o mesmo efeto sobre o bebê no segundo e no terceiro trimestres. Por isso é preciso dar prioridade desde já ao combate ao estresse de forma construtiva. Eis o que pode ajudar:

Fale a respeito. Deixe que as ansiedades venham à tona: a melhor forma de evitar que a derrubem. Mantenha abertas as linhas de comunicação com o marido, passando mais tempo com ele no fim do dia para exprimir as preocupações e as frustrações. (Naturalmente é provável que ele também precise de um ombro amigo para desabafar. Portanto, prepare-se para fazer a sua parte como ouvinte.) Juntos poderão encontrar algum alívio, mesmo um melhor humor, nas situações respectivas. Mas se acontecer o contrário e vocês acabarem ficando ainda mais irritados, fale com outro membro da família, com o médico, com uma amiga ou qualquer outra pessoa. Se

[9] Não se esqueça de que, pelo fim do primeiro trimestre, a náusea matinal costuma ceder, a frequência urinária diminui e a sensibilidade mamária se torna menos pronunciada — o que é absolutamente normal.

Relaxar É Fácil

Há muitas formas e técnicas de relaxamento. Uma delas é a ioga. Damos aqui dois exercícios de relaxamento que podem ser feitos em qualquer lugar e a qualquer hora. Ajudam a aliviar a ansiedade e também podem ser praticados regularmente.

1. Sente com os olhos fechados. Relaxe os músculos começando pelos dos pés e vá subindo: pernas, dorso, pescoço e rosto. Respire somente pelo nariz. Ao expelir o ar dos pulmões, repita a palavra "am" (ou "paz", ou qualquer outra palavra bem simples). Prossiga durante 10 a 20 minutos.

2. Inspire lenta e profundamente pelo nariz, empurrando o abdome para fora como normalmente faz. Conte até quatro. Em seguida, deixando os ombros e o pescoço relaxarem, expire vagarosamente e com tranqüilidade, contando até seis. Repita essa seqüência quatro ou cinco vezes para banir a tensão.

nada parece ajudar, busque auxílio profissional.

Faça alguma coisa a respeito. Identifique as fontes de estresse no trabalho e noutras esferas da vida. Veja de que modo poderia modificá-las. Se estiver tentando fazer mais do que está ao seu alcance, elimine algumas atividades. Se está com responsabilidades em excesso em casa ou no trabalho, defina prioridades e depois decida quais as que podem ser adiadas ou delegadas a outra pessoa. Aprenda a dizer "não" a novos projetos ou a novas atividades antes de sobrecarregar-se.

Às vezes é bom sentar com um caderno de notas e fazer listas das centenas de coisas que precisam ser feitas (em casa e no trabalho) a fim de planejá-las melhor e, quem sabe, pôr um pouco de ordem no caos da sua vida. Risque-as da lista à medida que forem sendo cumpridas: consegue-se assim uma sensação de conquista e de recompensa.

Durma. O sono é a passagem para a regeneração — da mente e do corpo. Muitas vezes a tensão e a ansiedade se exacerbam quando não fechamos os olhos por tempo suficiente. Se o problema for a insônia, veja as dicas à p. 175.

Alimente-se. O estilo de vida febril leva a hábitos alimentares febris. A nutrição insuficiente durante a gravidez pode ter um duplo efeito: prejudica a capacidade de enfrentar o estresse e afeta o crescimento e o desenvolvimento do bebê. **Não se afaste da dieta ideal:** faça três refeições principais ao dia mais lanches (ver p. 109).

Elimine-a, no banho. Um banho morno (mas não de banheira) é uma excelente forma de aliviar a tensão. Experimente um depois de um dia agitado. Vai também lhe ajudar a dormir melhor.

Afaste-se das situações estressantes por algum tempo. Combata o estresse com qualquer atividade que lhe seja relaxante — esporte (consulte o médico e observe as orientações à p. 231); leitura; cinema; música (vá para o trabalho com seu *walkman* para ouvir música relaxante durante os intervalos e o almoço, ou mesmo durante o trabalho, quando possível). Dê longas caminhadas (ou curtas, durante o almoço, por exemplo, mas dando tempo suficiente para a boa alimentação); medite (feche os olhos e imagine uma cena bucólica, ou mantenha-os abertos e fite alguma fotografia ou quadro estrategicamente colocado no escritório). Pratique técnicas de relaxamento (ver p. 147), não só porque ajudam durante o parto, mas porque ajudam a eliminar o estresse a qualquer hora.

Afaste-se da situação estressante definitivamente. Talvez o problema não esteja no próprio estresse e sim no próprio trabalho. Considere a possibilidade de antecipar a licença-maternidade, de só trabalhar meio expediente, de mudar de função para alguma menos estressante.

Lembre-se: o seu quociente de estresse só vai aumentar depois que o bebê tiver nascido; faz sentido tentar aprender a lidar com ele agora.

MEDO EXCESSIVO COM RELAÇÃO À SAÚDE DO BEBÊ

"Acho que é meio irracional, mas não consigo dormir ou comer e nem me concentrar no trabalho, com medo de que o bebê não seja normal."

Toda gestante se preocupa com isso. Meu filho vai ser normal ou não? Mas se uma preocupação moderada que não responde à tranqüilização (como a

que tentamos dar neste livro) é um aspecto inevitável, verdadeiro efeito colateral da gravidez, a preocupação excessiva que interfere em nossas atividades precisa de atenção profissional. Fale com o médico. Talvez uma ultra-sonografia consiga afastar os temores. Muitos médicos mostram-se dispostos a fazer esse exame quando a paciente se revela muito ansiosa, particularmente se tiver algum motivo específico para temer pela saúde do bebê (andou freqüentando muito a sauna antes de saber que estava grávida, por exemplo) ou mesmo que tal preocupação não tenha motivo aparente. Os riscos desse tipo de exame para a mãe e para o feto são superados pelos riscos gerados pela ansiedade excessiva (sobretudo quando a futura mamãe deixa de se alimentar e de dormir).

Embora o ultra-som não possa identificar todos os problemas em potencial, mostra-se de uma utilidade extraordinária depois que o feto cresceu. Mesmo o esboço, borrado como é, do bebê normal — com todos os membros e órgãos no lugar — pode oferecer enorme conforto. Esse fato, além da tranqüilização pelo médico, e talvez pelo especialista que avalia o ultra-som, pode ajudar a gestante a superar o problema: talvez volte a cuidar de si mesma e do bebê. Caso contrário, recomenda-se o aconselhamento profissional.

Outros tipos de diagnóstico pré-natal como a amniocentese e a amostragem de vilosidades coriônicas que podem dar ao casal e à gestante grande tranqüilidade só costumam ser recomendados quando há razão médica para o exame (ver pp. 74 e 79), já que são procedimentos em que há algum risco.

CARREGANDO OUTRAS CRIANÇAS NO COLO

"Receio que ao pegar ao colo minha filhinha de dois anos, que é muito pesada, possa me causar um aborto."

Você terá de encontrar outra desculpa para fazê-la andar com os próprios pezinhos. A menos que o obstetra a tenha instruído para agir ao contrário, segurar e transportar pesos moderados (mesmo uma criança em idade pré-escolar) não faz nenhum mal. Mas você deve evitar chegar ao ponto da exaustão (ver p. 209). Com efeito, culpar agora o irmãozinho de sua filha para não levá-la ao colo poderá gerar sentimentos desnecessários de rivalidade e de ressentimento para com o bebê mesmo antes de começar a competição.

Com o evoluir da gravidez, entretanto, as costas poderão não suportar o peso do feto e de um bebê de colo. Nesse caso, não se esforce em demasia. Mas culpe as costas e não o bebê, e compense o fato de não o levar ao colo abraçando-o e dando-lhe consolo ao sentar-se.

O Que É Importante Saber: ATENDIMENTO MÉDICO REGULAR

Na última década, os movimentos populares em prol do mútuo atendimento, da mútua assistência, trouxeram aos norte-americanos toda a sorte de informações: as pessoas começaram a aprender não só a tirar a própria pressão arterial e a verificar o pulso, mas também a tratar em casa as distensões musculares, as dores de garganta e a diagnosticar dor de ouvido. O impacto

dessas medidas sobre a eficácia do atendimento médico revelou-se indiscutivelmente positivo — ao eliminar uma série de consultas inúteis aos médicos e ao tornar as pessoas melhores pacientes quando a eles recorriam. Mas sobretudo deu consciência da responsabilidade sobre a própria saúde, e trouxe a possibilidade de as pessoas se tornarem bem mais sadias nos anos vindouros.

Mesmo durante a gestação, conforme você há de depreender pela leitura deste livro, são numerosas as medidas a serem tomadas para que os nove meses transcorram com maior conforto e segurança, para que o trabalho de parto e o parto transcorram mais facilmente e para que o bebê nasça com mais saúde. Mas prosseguir sozinha durante a gestação, mesmo que por alguns meses apenas, é abusar do princípio da auto-suficiência — que se funda na existência de um laço de viva cooperação entre a paciente e o profissional de saúde. O atendimento profissional regular durante a gestação é elemento crucial. Uma pesquisa revelou que as mulheres com maior número de consultas no pré-natal (média de 12,7) tiveram filhos maiores e com melhores índices de sobrevida do que as com menor número de consultas (1,4 em média).

PROGRAMAÇÃO DAS CONSULTAS

De forma ideal, a primeira consulta ao obstetra deveria ocorrer antes da concepção. Eis um ideal que muitas de nós, especialmente as que engravidamos sem termos planejado, não temos como conseguir. Também muito acertado é consultar o médico tão logo se suspeite da gravidez. O exame médico (interno) ajuda a confirmar a possibilidade e já revelará quaisquer problemas que exijam acompanhamento. Daí em diante, a programação das consultas vai depender do obstetra e dos riscos envolvidos na gravidez. Na gestação normal, de baixo risco, as consultas provavelmente se repetirão mês a mês, até o fim da 32ª semana. Depois do que, passam a ocorrer de duas em duas semanas até o último mês, quando são comuns as consultas semanais.

Para o que esperar de cada consulta no pré-natal, consultar os capítulos correspondentes.

CUIDADOS COM AS OUTRAS PARTES DO CORPO

As preocupações de ordem obstétrica naturalmente avultam durante a gestação. Mas embora a saúde da gestante deva começar pela barriga, não há de ficar só aí. E não há por que esperar que os problemas surjam. Vá ao dentista: todo o trabalho odontológico, sobretudo o preventivo, pode ser feito com segurança durante a gravidez (ver p. 215). Vá ao alergista, se necessário. As pessoas com alergias de maior gravidade talvez precisem de acompanhamento. As doenças crônicas e outras afecções importantes devem ser também acompanhadas ora pelo clínico geral, ora por especialistas. Quem vai fazer parto com parteira deve recorrer a um obstetra ou clínico para resolver *todos* os problemas médicos.

Surgindo novos problemas durante a gestação, não os ignore. Mesmo no caso de sintomas relativamente inócuos, é mais importante do que nunca consultar o médico de imediato. O bebê precisa de uma mãe *totalmente* sadia.

Quando Chamar o Médico

É melhor ter um protocolo para seguir, junto com o médico, antes de a emergência chegar. Não tendo um, ou se algum sintoma apresentado pela gestante estiver necessitando de atenção médica imediata, tentar fazer o seguinte. Primeiro, ligar para o consultório do médico. Se ele não estiver, telefonar de novo depois de alguns minutos deixando recado — explicando a situação e o que pretende fazer. Em seguida, dirigir-se para o pronto-socorro mais próximo ou chamar uma ambulância.

Ao informar o médico do que estiver sentindo, você deve mencionar todos os demais sintomas, não importa a pouca relação que pareçam ter com a queixa mais importante e imediata. É preciso ser específica, informando-o da duração, da frequência com que retornam, do que os exacerba ou os alivia, e de sua intensidade.

- Dor na região abdominal inferior (baixa), de um ou dos dois lados, que não cede: avisar ao médico no mesmo dia; se acompanhada de sangramento, náusea ou vômito, chamá-lo imediatamente.
- Discreta secreção vaginal (manchas): notificar o médico no mesmo dia.
- Sangramento intenso (sobretudo se acompanhado de dor abdominal ou nas costas): chamá-lo imediatamente.
- Sangramento nos mamilos, no reto, na bexiga: telefone imediatamente.
- Tosse com eliminação de sangue: telefone imediatamente.
- Jorro ou gotejamento constante de líquido pela vagina: chamá-lo imediatamente.
- Súbito aumento da sede, acompanhado de dificuldade de micção, ou de ausência de micção durante um dia inteiro: chamá-lo imediatamente.
- Inchação ou edema das mãos, rosto, olhos: chamar no mesmo dia. Se muito intensa e repentina, ou acompanhada de dor de cabeça e visão turva: chamá-lo imediatamente.
- Dor de cabeça que persiste por mais de duas ou três horas: chamá-lo no mesmo dia. Se acompanhada de distúrbios visuais ou de súbita inchação dos olhos, face e mãos: chamá-lo imediatamente.
- Queimação ou dor à micção (ao urinar): chamá-lo no mesmo dia. Se acompanhada de calafrios e febre acima de 38°C e/ou de dor de cabeça: chamá-lo imediatamente.
- Distúrbios visuais (visão turva, obscurecimento, visão dupla) que persistem por mais de duas ou três horas: chamá-lo imediatamente.
- Desmaio ou tonteira: notificá-lo no mesmo dia.
- Calafrios e febre acima de 38°C (sem sintomas de gripe ou resfriado): chamá-lo no mesmo dia. Febre acima de 39°C: chamá-lo imediatamente.
- Náusea e vômito intensos, vomitando mais de duas a três vezes ao dia no primeiro trimestre, vomitando mais tardiamente na gestação sem nunca ter vomitado antes: notificar o médico no mesmo dia. Se o vômito se acompanhar de dor e/ou febre: chamá-lo imediatamente.
- Súbito ganho de peso (mais de 1 quilo) sem relação com a alimentação excessiva: notificar o médico no mesmo dia. Se acompanhado de edema das mãos e do rosto e/ou ou dor de cabeça ou distúrbios visuais: chamá-lo imediatamente.
- Ausência de movimento fetal perceptível durante mais de 24 horas depois da 20ª semana: chame-o no mesmo dia. Menos de 10 movimentos por hora (ver p. 237) depois da 28ª semana: chame-o imediatamente.

Quando em Dúvida

Às vezes os sinais do corpo de que algo vai mal não são claros. Você se sente estranhamente esgotada, com dores, não se sente bem. Mas não há nenhum dos sintomas nítidos arrolados à p. 151. Se uma boa noite de sono e algum repouso a mais não a ajudarem a sentir-se melhor em um dia ou dois, não se acanhe de entrar em contato com o médico. É provável que talvez só haja necessidade de mais repouso. Mas também é possível que você esteja a rubéola ou abrigando uma infecção de algum tipo. Certas infecções — a clamídia, para citar uma — fazem o seu trabalho sujo sem manifestarem sintomas óbvios.

6

O Segundo Mês

A Consulta

Se for essa a primeira consulta pré-natal, veja a Primeira Consulta, p. 133. Se for a segunda, você pode esperar pela verificação dos seguintes elementos, embora ocorram variações dependendo das suas necessidades particulares e do estilo do obstetra:[1]

- Peso e pressão arterial
- Urina, pesquisa de açúcar e de proteínas
- Mãos e pés, para detectar edema (inchação), e pernas, para verificar a presença de varizes
- Os sintomas experimentados pela gestante, sobretudo os incomuns
- Perguntas e problemas que talvez você queira discutir — levar uma lista pronta

Os Sintomas Comuns

Você talvez experimente todos estes sintomas numa ou noutra ocasião, ou talvez só um ou dois deles. Alguns persistem desde o mês anterior, outros são novos. Não se espante, independentemente dos sintomas, se você ainda não se sentir grávida.

Físicos:

- Fadiga e sonolência
- Necessidade de urinar com freqüência
- Náusea, com ou sem vômitos, e/ou com salivação abundante (ptialismo)
- Prisão de ventre (constipação)
- Azia, má digestão, flatulência (gases), intumescimento abdominal

[1] Consultar o Apêndice para a explicação dos procedimentos e dos exames realizados.

- Aversões e desejos alimentares
- Alterações mamárias: plenitude, peso, dor ao toque, formigamento; escurecimento da aréola (a região pigmentada em volta do mamilo); as glândulas sudoríparas na aréola se tornam proeminentes (tubérculos de Montgomery); surge uma rede de linhas azuladas sob a pele ao crescer o aporte de sangue ao seio
- Cefaléia ocasional (semelhante à dor de cabeça que sentem algumas mulheres em uso de pílula)
- Desmaio ou tonteira ocasionais
- As roupas começam a ficar apertadas na cintura e no busto; o abdome parece maior, mais talvez pela distensão intestinal do que pelo crescimento uterino

EMOCIONAIS:

- Instabilidade comparável à da síndrome pré-menstrual, em que há irritabilidade, oscilações de humor, irracionalidade, choro fácil
- Apreensão, medo, alegria, euforia — qualquer um ou todos eles

AS PREOCUPAÇÕES COMUNS

MODIFICAÇÕES VENOSAS

"Tenho feias linhas azuladas debaixo da pele, nos seios e na barriga. Isso é normal?"

Muitíssimo normal. Elas fazem parte da rede venosa que se expande para transportar o maior fluxo de sangue próprio da gravidez. Não só não há nada para se preocupar como também é sinal de que o corpo está fazendo o que deve. Podem aparecer antes em mulheres muito magras. Nas outras, a rede venosa talvez seja menos visível, ou nem perceptível, ou ainda só se mostrando na gravidez já adiantada.

"Desde que engravidei, tenho nas coxas umas linhas avermelhadas em forma de aranha e de aspecto repugnante. São varizes?"

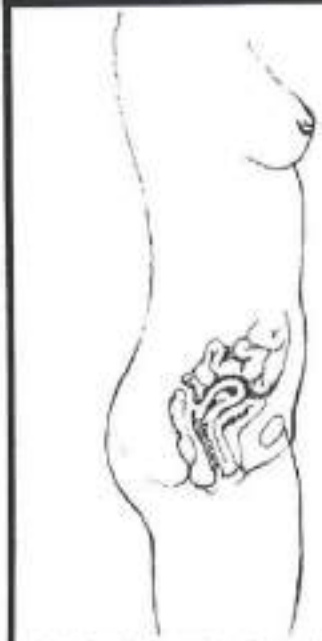
Não são bonitas, mas não são varizes. São telangiectasias, ou nevos aráneos, provavelmente resultantes das alterações hormonais da gestação. Devem esmaecer e desaparecer depois do parto; caso isso não ocorra, podem ser removidas.

"Minha mãe e minha avó tiveram varizes durante a gravidez e depois tiveram problemas com elas. Não há nada que eu possa fazer para prevenir-las durante a minha gestação?"

Como as varizes muitas vezes exibem tendência familiar, você faz bem em pensar na sua prevenção — sobretudo porque elas tendem a se agravar em gestações subseqüentes.

As veias hígidas, normais, transportam o sangue das extremidades para o coração. Por trabalharem contra a força da gravidade, dispõem de uma série de válvulas que impedem o fluxo retrógrado. Em algumas pessoas, as válvulas não existem em número suficiente ou funcionam mal, causando o represamento de sangue nas veias onde a força da gravidade é maior (em geral as pernas, mas podendo atingir também o reto ou a vulva), e daí a sua distensão, configurando as varizes. Veias que se distendem

O Aspecto Físico no Segundo Mês



Pelo fim do segundo mês, o embrião já tem aspecto mais humano: mede cerca de 3 cm da cabeça às nádegas (dos quais um terço é ocupado pela cabeça) e pesa cerca de 150 g. O coração já bate, os braços e pernas já apresentam um esboço dos dedos das mãos e dos pés. Os ossos começam a substituir a cartilagem.

com facilidade podem ainda contribuir para o problema, o que é mais comum em pacientes obesas e ocorre quatro vezes mais em mulheres do que em homens. Em mulheres suscetíveis, a condição muitas vezes aparece pela primeira vez durante a gestação. E por vários motivos: maior pressão uterina sobre as veias da pelve; maior pressão sobre as veias das pernas; maior volume de sangue; e o relaxamento do tecido muscular das veias pelos hormônios gestatórios, fazendo com que as veias se dilatem bem mais.

Os sintomas das varizes não são difíceis de reconhecer, embora variem muitíssimo de intensidade. As veias intumescidas podem causar dor violenta, leve dolorimento, sensação de pesnas pernas, ou ser completamente assintomáticas. Ora se vê um discreto lineamento de veias azuladas, ora assomam proeminentes veias serpeantes desde tornozelo até a coxa ou a vulva. Nos casos de maior gravidade, a pele que recobre as veias se edemacia, se resseca e irrita. Ocasionalmente, no local da varicosidade desenvolve-se uma tromboflebite (inflamação da veia em questão com formação de coágulo).

Felizmente, as varizes durante a gestação podem muitas vezes ser prevenidas e seus sintomas minimizados, através de medidas que eliminem a pressão desnecessária nas veias das pernas.

- Evitar o ganho excessivo de peso.
- Evitar os períodos prolongados de p ou sentada; ao sentar, elevar as pe nas acima do nível dos quadris quan do for possível; ao deitar, elevar as pernas colocando um travesseiro so os pés ou deitar-se de lado.
- Evitar suspender grandes pesos.
- Evitar grande esforço ao evacuar.
- Use meias elásticas ou meia-calça d suporte, vestindo-as antes de levantar se pela manhã (antes do sangue se acu mular nas pernas) e removendo-as à noite ao ir para a cama.
- Não use roupa apertada. Evite os cin tos justos, as cintas-ligas, e mesmo a cintas destinadas a gestantes; as meia soquetes ou compridas com barra d elástico; as ligas; os sapatos apertados
- Não fume. Descobriu-se uma possíve correlação entre o fumo e as varize (além de toda uma série de outros pro

blemas de saúde, inclusive complicações da gravidez; ver p. 85).

- Faça algum exercício — marcha acelerada, por exemplo, durante 20 a 30 minutos — todos os dias.
- Praticar exercícios — por exemplo, uma caminhada a passos rápidos durante 20 a 30 minutos por dia.
- Assegurar aporte suficiente de vitamina C — há médicos que afirmam que essa vitamina ajuda a manter a higidez e a elasticidade das veias.

A remoção cirúrgica das varizes não é recomendada durante a gestação, embora possa ser considerada alguns meses após o parto. Na maioria dos casos, porém, o problema costuma ceder ou melhorar espontaneamente depois do parto, em geral quando se readquire o peso pré-gestacional.

A COMPLEIÇÃO FÍSICA: ALGUNS PROBLEMAS

"Estão me aparecendo espinhas, como quando eu era adolescente."

O brilho que algumas gestantes têm a sorte de irradiar não se deve apenas à felicidade pela iminente maternidade, mas também a uma maior secreção de oleosidades causada pelas alterações hormonais. E a mesma explicação têm os cravos e espinhas que brotam durante a gestação em outras mulheres com menor sorte (sobretudo naquelas em que brotavam espinhas antes de vir a menstruação). Embora difíceis de eliminar, há medidas que ajudam a mantê-las em pequeno número:

- Manter-se fiel à Dieta Ideal — faz bem para a pele da gestante e para o bebê.
- Não passar por uma torneira sem beber um corpo d'água — a água é um dos mais eficazes purificadores das porosidades da pele.
- Lavar o rosto duas ou três vezes por dia com uma loção de limpeza suave. Evitar os cremes e as maquiagens gordurosos.
- Se o médico aprovar, fazer uso de complemento de vitamina B_6 (25 a 50 miligramas). Esta vitamina é usada no tratamento dos problemas cutâneos de origem hormonal, embora seu efeito ainda não tenha sido comprovado.
- Se os problemas de pele forem intensos o suficiente para justificar a consulta a um clínico geral ou um dermatologista, informe-o que você está grávida. Alguns medicamentos usados para a acne, como o Acutane (ácido 13 — cis retinóico) não devem ser empregados por gestantes por serem talvez prejudiciais ao feto.

Para algumas mulheres, o ressecamento da pele, não raro acompanhado de prurido (coceira), é problema na gestação. Os hidratantes podem ter grande utilidade (para melhor absorção, devem ser aplicados depois do banho, enquanto a pele ainda está úmida). O mesmo efeito terá a ingestão de líquidos em abundância e a umidificação dos cômodos da casa na estação mais quente. Os banhos freqüentes, principalmente com sabonete, tendem a aumentar o ressecamento — evite tomá-los em excesso.

A EXPANSÃO DA CINTURA

"Por que a minha cintura já se expandiu tanto? Achei que só ia 'aparecer' pelo menos lá pelo terceiro mês."

A expansão da cintura pode ser perfeitamente um legítimo produto da gravidez, sobretudo se a gestante era es-

belta, magra, com pouco excesso de carnes para que nele o útero em crescimento se escondesse. Mas pode ser resultado da distensão intestinal, muito comum no início da gestação. Por outro lado, também é bem possível que essa expansão seja uma indicação de que você está ganhando peso muito depressa. Se a gestante já adquiriu algo em torno de um quilo e meio, convém analisar a dieta — muito provavelmente estará exagerando no aporte calórico, possivelmente com calorias não-nutritivas. Passar em revista a Dieta Ideal e ler sobre o ganho de peso à p. 182.

PERDENDO A FORMA

"Fico com medo de perder para sempre a forma depois de ter o bebê."

O quilo ou dois que a mulher em geral adquire a cada gestação de modo permanente, e a flacidez que em geral os acompanha, não são a conseqüência inevitável de ficar-se grávida. Decorrem de ganho de peso excessivo, do consumo de alimentos errados, e/ou de pouco exercício durante os nove meses.

O ganho de peso durante a gravidez tem duas finalidades legítimas: nutrir o feto em desenvolvimento, em princípio, e armazenar reservas para a amamentação do bebê depois do parto. Se a gestante adquirir tão-somente o peso necessário para atender a essas duas finalidades e manter-se em boas condições físicas, a forma costuma voltar ao normal alguns meses depois do parto, sobretudo se usar as reservas lipídicas para o aleitamento.[2] Portanto, deixe de se preocupar e trate de agir. Siga as recomendações dietéticas (Dieta Ideal) e observe as recomendações sobre o ganho de peso à p. 182 e sobre os exercícios à p. 225.

Com atenção à dieta e aos exercícios durante a gestação, você poderá conseguir uma forma bem melhor depois do parto, porque terá aprendido a cuidar melhor do corpo. Se o marido aderir ao seu melhor estilo de vida, ele também poderá ficar mais em forma depois da gestação.

AZIA E MÁ DIGESTÃO

"Sinto azia e má-digestão o tempo todo. Isso vai afetar o bebê?"

Enquanto a gestante se acha dolorosamente consciente dos incômodos gastrointestinais, o bebê nem os percebe e nem é por eles afetado — desde que não interfiram na ingesta de bons alimentos.

Embora a dispepsia possa ter alguma causa (em geral abusos alimentares) durante a gestação, como quando não se está grávida, há outros motivos para esse incômodo agora. No início da gravidez, o corpo produz grande quantidade de progesterona e de estrogênio, que tendem a relaxar a musculatura lisa de todos os órgãos, inclusive a do sistema digestivo. Por isso, nele os alimentos às vezes se movem mais vagarosamente, causando má digestão e incômoda sensação de plenitude. Incômoda para a gestante, não para o bebê, porque o trânsito lento dos alimentos pelo intestino favorece a absorção dos nutrientes pela corrente circulatória e, subseqüentemente, pelo organismo do bebê, através da placenta.

A azia decorre da frouxidão do esfíncter que separa o esôfago do estômago, permitindo a regurgitação para o primeiro dos alimentos e sucos digestivos irri-

[2] Há mulheres que durante a amamentação percebem que perdem pouquíssimo peso; costumam porém voltar ao peso pré-gravídico depois do desmame. Caso isso não aconteça, será porque estão consumindo muitas calorias e queimando muito pouco. As mães que amamentam os filhos com mamadeira terão de perder peso nos pós-parto através de dieta e de exercícios.

tantes. Os ácidos gástricos irritam o revestimento esofágico, causando a queimação perto do coração, embora nada tenha a ver com esse órgão. Durante os últimos dois trimestres, o problema pode se complicar com o crescimento uterino, que comprime o estômago para cima.

É quase impossível passar os nove meses sem dispepsia; é apenas um dos eventos menos agradáveis da gestação. Há, contudo, algumas formas excelentes de evitar a azia e a dispepsia a maior parte do tempo e de minimizar-lhes o incômodo quando sobrevêm:

- Evitar o ganho excessivo de peso; o excesso de peso faz crescer a pressão sobre o estômago.
- Não usar roupas que apertam o abdome e a cintura.
- Comer várias refeições pequenas em lugar de três grandes.
- Comer devagar, garfadas pequenas, mastigando completamente.
- Eliminar da dieta os alimentos que causam o incômodo. Entre os mais comuns estão: alimentos quentes e muito condimentados; alimentos fritos ou gordurosos; carnes processadas (cachorro-quente, salsichas em geral, *bacon*); chocolate, café, álcool, refrigerantes; hortelã e pimenta (mesmo a hortelã do chiclete).
- Não fumar.
- Evitar curvar-se sobre a cintura; abaixar-se sempre com os joelhos.
- Dormir com a cabeça elevada alguns centímetros.
- Relaxar.
- Se tudo o mais falhar em aliviar os sintomas, peça o médico para receitar antiácidos ou outros medicamentos contra a azia, que não sejam contra-indicados a gestantes. Não fazer uso de produtos que contêm sódio ou bicarbonato de sódio.

AVERSÕES E DESEJOS ALIMENTARES

"Certos alimentos — particularmente as hortaliças verdes —, de que sempre gostei, têm um sabor esquisito agora. Em vez disso, sinto desejo de alimentos bem menos nutritivos."

O clichê do marido apressado que sai no meio da noite, capa de chuva sobre o pijama, atrás de um sorvete e de um frasco de picles para satisfazer os desejos da esposa grávida provavelmente ocorre com muito mais freqüência na cabeça dos cartunistas do que na vida real. Poucos são os desejos das mulheres que as levam — e aos maridos — tão longe.

Mas a maioria de nós descobre que as preferências alimentares se modificam durante a gravidez. As pesquisas mostram que entre 76% e 90% das gestantes experimentam preferência muito especial por pelo menos algum alimento durante a gravidez e entre 50% e 85% alguma aversão alimentar. Em certa medida, essas repentinas excentricidades gastronômicas podem ser atribuídas às profundas alterações hormonais — o que deve explicar por que a aversão e a preferência alimentares são mais comuns no primeiro trimestre das primeiras gestações, quando as alterações hormonais estão no seu apogeu.

Os hormônios, contudo, não oferecem a única explicação para o quadro. Há também algum mérito na velha tese, tão aceita, de que sejam essas alterações do paladar sinais sensíveis do organismo materno — a aversão a certo alimento indicaria que esse nos seria prejudicial e a ânsia por outro estaria dizendo que esse

nos seja necessário. Esse sinal vem quando o café preto pela manhã, que costumava ser o fundamento alimentar para nosso dia de trabalho, começa a ser rejeitado. Ou quando o drinque antes do jantar nos parece muito forte, mesmo que esteja fraco. Ou quando se percebe que ainda não se comeu frutas cítricas o suficiente. Por outro lado, quando a gestante sequer suporta enxergar um peixe, ou quando o brócolis de repente parece amargo, não se poderá dizer que o corpo esteja emitindo sinais corretos.

O fato é que os sinais do corpo relacionados aos alimentos são pouquíssimo confiáveis, talvez porque estejamos tão afastados da cadeia alimentar da natureza que não sabemos mais interpretá-los corretamente. Antes da invenção dos *fundões*, quando os alimentos provinham da natureza, o desejo por carboidratos e por cálcio nos lançaria em busca de frutas ou de morangos e de leite e queijo. Com a ampla variedade de alimentos tentadores (tantas vezes prejudiciais), não admira que o corpo se atrapalhe na escolha.

Não se pode ignorar totalmente os desejos e as aversões. Mas pode-se lidar com eles sem colocar em risco o aporte nutricional ao bebê. Se você desejar algum alimento bom para você e o bebê, não hesite em consumi-lo. Mas se desejar algum que não seja conveniente, procure um substituto que satisfaça o desejo sem sabotar os interesses nutricionais do bebê: passas, damascos secos, biscoitos integra's, chocolate (em barra) em lugar de docinhos açucarados, por exemplo; salgadinhos feitos com farinha de trigo integral e com pouco sal em lugar dos supersalgados e inúteis do ponto de vista nutricional. Quando o substituto não satisfizer, uma boa saída é a sublimação — fazer exercícios, tricotar, ler, tomar um banho morno, ou qualquer outra distração quando atacar a vontade. E, naturalmente, de vez em quando ceder ao desejo e trapacear (ver p. 163).

Se sentir súbita aversão ao café, álcool ou chocolate, ótimo. Vai tornar a renúncia a tais hábitos ainda mais fácil. Quando a gestante não tolera peixe, brócolis ou leite, não há por que lhe forçar a ingestão: é preciso encontrar fontes que os compensem do ponto de vista nutricional. (Ver os substitutos apropriados na Dieta Ideal.)

Em grande medida, as aversões e os desejos desaparecem ou se enfraquecem depois do quarto mês. E os que não cedem quase sempre são desencadeados por necessidades emocionais — a necessidade de um pouco mais de atenção, por exemplo. Se o casal estiver consciente de tal necessidade, será mais fácil satisfazê-la. A gestante poderá pedir no meio da noite, em vez do sorvete ou do sanduichão, um romântico banho a dois ou um aconchego calmo e silencioso.

Algumas mulheres criam hábitos alimentares muito particulares: gostam de comer terra, barro, cinzas etc. Como esse fenômeno, conhecido como "pica", pode ser sinal de deficiência nutricional, sobretudo de ferro, precisa ser notificado ao médico.

AVERSÃO OU INTOLERÂNCIA AO LEITE

"Não suporto leite. Beber dois copos por dia, só de pensar, me dá náuseas. Meu bebê vai sofrer se eu não beber leite?"

Em primeiro lugar, não é do leite que o bebê precisa, é do cálcio. Como o leite é a fonte mais conveniente de cálcio na dieta de quase todos os países, é um dos produtos mais recomendados para atender a essa necessidade durante a gestação. Mas há muitos substitutos que preenchem os requisitos nutricionais da mesma forma. Muitas pessoas que não toleram a lactose (impossibilitadas de digerir o açúcar próprio do leite, a lactose) conseguem digerir alguns tipos de

laticínios, como os queijos duros, os iogurtes industrializados e um novo tipo de leite, com redução da lactose, produtos em que 70% da lactose já tenham sido convertidos em forma mais digerível. Mesmo quem não tolerar tais produtos ainda poderá obter o cálcio necessário ao bebê comendo os Alimentos Ricos em Cálcio, arrolados à p. 120.

Você pode descobrir entretanto que, mesmo que durante anos tenha sido intolerante à lactose, é capaz de aceitar alguns derivados do leite durante o segundo e o terceiro trimestre, quando as necessidades fetais de cálcio são maiores. Mesmo que isso ocorra, não exagere; procure aderir sobretudo aos produtos com menor chance de provocarem uma reação.

Se o problema com o leite não for fisiológico, apenas questão de paladar, há várias maneiras de suprir o aporte de cálcio necessário sem ofender as exigências gustativas. As opções são encontradas no rol de Alimentos Ricos em Cálcio, já mencionado. Ou você pode tentar enganar suas papilas gustativas com leite em pó magro que venha incógnito a sua mesa (na aveia, nas sopas, nos bolinhos, nos temperos, nas batidas, nas sobremesas, nos pudins etc.).

Se, apesar de todos os seus esforços, não lhe pareça estar ingerindo cálcio suficiente na dieta, peça ao médico que lhe prescreva uma complementação de cálcio.

COLESTEROL

"Meu marido e eu somos muito cuidadosos com nossa dieta. Limitamos o colesterol e as gorduras. Devo continuar nesse regime durante a gravidez?"

As gestantes, e em menor grau as mulheres em idade fértil, encontram-se numa posição invejável: não precisam limitar a ingestão de colesterol de forma tão drástica quanto os homens e as mulheres de mais idade. Com efeito, o colesterol é necessário para o desenvolvimento fetal, de forma que a mãe automaticamente aumenta-lhe a produção, elevando o teor de colesterol no sangue em cerca de 25% a 40%.[3] Embora você não tenha de comer uma dieta rica em colesterol para ajudar o corpo na produção desse composto vital, sinta-se à vontade para abusar um pouco. Coma um ovo por dia se desejar,[4] use queijos para atender às demandas de cálcio e desfrute de um filé gordo ocasionalmente — sem a menor culpa. Mas não se exceda, porque muitos alimentos ricos em colesterol são ricos em gorduras e calorias, e o abuso pode provocar-lhe um aumento excessivo de peso. A gordura em excesso faz o mesmo (ver p. 116). E lembre-se de que muitos alimentos ricos em colesterol são também ricos em gordura animal muitas vezes contaminada por substâncias químicas indesejáveis (ver p. 164).

Mas se você não precisa se preocupar com o assunto, os outros que moram com você precisam (exceto o que tem menos de dois anos de idade)[5]. Essa recomendação serve mais para os adultos do sexo masculino, principalmente os que querem evitar certos problemas. A dieta da gestante que se compõe de várias refeições por dia não deve ser seguida evidentemente pelos demais membros da

[3] As mulheres com hipercolesterolemia, elevação do colesterol de natureza familiar, são exceções e não devem soltar o freio do colesterol durante a gestação. Devem continuar a seguir as recomendações do médico durante a gestação.

[4] Lembre-se de que o ovo cru ou mal cozido acarreta risco de salmonelose.

[5] Os bebês com menos de dois anos precisam de gordura e de colesterol para o devido crescimento e o desenvolvimento cerebral. Nunca devem ser submetidos a dieta com restrição de gorduras e de colesterol, exceto sob supervisão médica.

família. As refeições principais, recomendamos, não devem ser ricas em gorduras, nem em colesterol e nem demasiadamente calóricas. Desfrute sozinho da sua liberdade: coma os alimentos ricos em colesterol quando não tiver ninguém por perto para ficar com inveja.

A DIETA SEM CARNE VERMELHA

"Como frango e peixe, mas não suporto carne vermelha. Estou dando ao bebê todas as proteínas de que ele precisa?"

O bebê vai ser tão sadio e feliz quanto o de qualquer outra mamãe que só come bifes ou carne assada. Peixe e aves, com efeito, fornecem-lhe mais proteínas e menos gorduras por calorias que as carnes de porco, de vaca, de ovelha ou as vísceras. A dieta sem carne vermelha também contém menos colesterol, o que pode não fazer grande diferença a você durante a gravidez, embora represente algo de bom para o seu marido e talvez para outros membros da família.

A DIETA VEGETARIANA

"Sou vegetariana e tenho saúde perfeita. Mas todos — inclusive o obstetra — me asseguram de que, para ter um bebê sadio, preciso comer carne de vaca e peixe, além de ovos e de laticínios. Isso é verdade?"

Os vegetarianos, sejam de que tipo for, podem ter filhos sadios sem comprometer seus princípios dietéticos. Mas é preciso que tenham mais cuidado no planejamento da dieta do que as futuras mamães carnívoras, certificando-se sobretudo de obterem os seguintes nutrientes:

Proteínas em quantidade suficiente. Para lacto-ovovegetarianos, que só comem alimentos à base de ovos e leite, uma ingesta suficiente de proteínas poderá ser garantida se fizerem uso de uma quantidade suficiente de ambos. Para o vegetariano estrito, que não come ovos nem leite, a suficiência protéica vai depender de uma combinação das proteínas existentes nos legumes e nas verduras para suprir as cinco porções de proteínas diárias (ver As Proteínas na Dieta Vegetariana: Combinações Completas, p. 127). Alguns substitutos da carne são boa fonte protéica; outros são ricos em gorduras e calorias e de baixo teor protéico. Leia os rótulos.

Cálcio em quantidade suficiente. Não há problema para a vegetariana que faz uso de laticínios, mas são necessárias hábeis manobras para as que não o fazem. Muitos derivados da soja contêm elevado teor de cálcio, mas cuidado com os leites de soja ricos em sacarina (açúcar, xarope de milho, mel); em lugar deles, procure pelos derivados puros do feijão-soja. Para que o *tofu* seja contado como alimento rico em cálcio, deverá ter sido coagulado com cálcio; caso contrário conterá muito baixo teor desse mineral (ou mesmo nenhum). Nos Estados Unidos, algumas marcas de *tortillas* (panqueca mexicana) de milho triturado a pedra são boas fontes de cálcio de origem não-láctea, assegurando até metade de uma porção de cálcio por unidade (checar o rótulo). Outra boa fonte não-láctea de cálcio é o suco de laranja com cálcio. Para outras fontes consultar a lista de Alimentos Ricos em Cálcio à p. 120. Para garantia extra, recomenda-se que as vegetarianas façam uso de um suplemento de cálcio prescrito por médico (há no mercado norte-americano fórmulas vegetarianas).

Vitamina B_{12}. As vegetarianas, mormente as rigorosas, freqüentemente não ingerem essa vitamina em quantidade suficiente, por ser ela encontrada sobretudo em carnes. Por isso, é conveniente fazerem uso de complemento vitamíni-

co que as supra de vitamina B_{12}, ácido fólico e ferro.

Vitamina D. Essa importante vitamina só ocorre naturalmente nos óleos de fígado de peixe. Também é produzida pela nossa pele quando nos expomos à luz do sol, embora por causa dos caprichos do tempo, das roupas fechadas e do perigo de se passar muito tempo no sol não seja essa uma fonte confiável da vitamina para a maioria das mulheres. Para garantir a ingestão segura de vitamina D, sobretudo para crianças e mulheres grávidas, a legislação norte-americana exige que o leite seja fortificado com 400 mg de vitamina D por litro. Se você não beber leite, certifique-se da presença de vitamina D no seu suplemento vitamínico (ver p. 118). Seja cautelosa, entretanto, para não tomar vitamina D em doses além das exigências gravídicas, já que pode ser tóxica em quantidade exagerada.

OS ALIMENTOS POUCO NUTRITIVOS: GULOSEIMAS, PETISCOS

"Sou viciada em alimentos muito pouco nutritivos — café com pão e manteiga pela manhã, um **cheeseburger** *com fritas no almoço. Receio não romper com esses hábitos, e acho que o bebê vai sofrer com isso."*

Você está certa em se preocupar. Antes de engravidar, esses hábitos só prejudicavam a você mesma. Agora também podem prejudicar o bebê. É só persistir neles e você estará negando ao bebê a nutrição suficiente durante a maior parte da gestação. Persista com esse tipo de alimento à frente da dieta balanceada e muitas outras preocupações surgirão, além das especificamente relacionadas ao bebê.

Felizmente, todos os vícios podem ser abandonados. O da heroína. O do cigarro. E o dos alimentos pouco nutritivos. Sequem-se várias formas de fazer-lhes frente, sem maiores sacrifícios:

Mudar o local das refeições. Se o desjejum costuma consistir num cafezinho já no escritório, procure tomar um melhor café da manhã antes de sair para o trabalho. Se você não resistir a um hambúrguer na hora do almoço, vá para um restaurante que não o sirva, ou apele para um sanduíche natural ou traga um de casa.

Pare de pensar em só comer o que estiver à mão. Em vez de procurar pelo que é mais fácil, escolha o que for melhor para o seu bebê. Planeje as refeições e os lanches antecipadamente para assegurar o aporte nutricional correto para você e para o feto.

Não caia em tentação. Mantenha longe de casa as batatas *chips*, os doces açucarados, as balas feitas com farinha refinada e os refrigerantes adoçados com açúcar (os outros membros da família sobreviverão sem eles, e até se beneficiarão da sua ausência). Quando chegar a hora do cafezinho no escritório, não dê importância a ele. Faça um estoque de lanches integrais em casa e no local de trabalho — frutas frescas e secas, nozes, alimentos nutritivos, biscoitos de farinha de trigo integral, sucos, ovos cozidos e queijos cremosos (os dois últimos necessitarão de refrigeração no trabalho ou de um saco de gelo na sua lancheira).

Não use a falta de tempo como pretexto para uma alimentação relaxada. Não leva mais tempo preparar um sanduíche de atum para levar ao trabalho do que ficar plantada na fila da lanchonete. Também demora menos fatiar um pêssego fresco no recipiente do iogurte do que cortar uma fatia de torta de pêssego. Se a idéia de preparar um verdadeiro jantar todas as noites parecer muito cansa-

Para Fugir (de Vez em Quando) à Dieta Ideal

A menos que você tenha alguma alergia ou sensibilidade alimentar, não há alimento que deva ser eliminado *por completo* durante a gestação. A Dieta Ideal admite que todas nós cometamos deslizes — na verdade, muito necessários — de vez em quando. Para eliminar a culpa, a dieta admite a traição esporádica. Ceda a seus desejos uma vez por semana. Não é uma conduta perfeita, mas também não tem nada de terrível: pão comum, um salgadinho, uma parqueca feita com farinha refinada; iogurte feito com açúcar; batata frita, frango frito; um *cheeseburger*; biscoitos feitos com açúcar. E uma vez por mês permita-se alguma perversão terrível: uma fatia de bolo ou de torta; um *sundae*; um doce. Sempre traia a dieta de forma seletiva — prefira um bolo de cenoura a um bolo recoberto de creme e manteiga; o sorvete aos doces sem leite servidos à sobremesa (a menos que não tolere o leite); biscoitos feitos de aveia, passas ou nozes aos de chocolate puro. Só traia a dieta com algum alimento que você realmente queira e adore. Mas não ceda ao desejo se descobrir que não pode mais parar depois de começar.

tiva, prepare de antemão dois ou três jantares numa só noite e tire folga da cozinha nas duas noites seguintes. E simplifique as coisas: salsichas comuns, por exemplo, não são nutritivas, só apresentando elevado teor de gordura e de calorias. Utilize legumes congelados ou frescos, lavados e cortados em saladas, obtidos em feira ou supermercado se você não tiver tempo de prepará-los (os legumes e as verduras crus podem ser rapidamente cozidos no vapor em casa).

Também não usar o orçamento apertado como pretexto para esse tipo de alimento. Um copo de suco de laranja ou de leite é mais barato que um refrigerante. Um peito de frango grelhado e batatas cozidas preparados em casa custam bem menos que um Big Mac com fritas.

Romper de vez com os vícios. Não fique dizendo a si mesma: "Hoje só uma Coca-Cola, amanhã só um sanduichinho". Ao se tentar renunciar aos vícios, isso quase nunca funciona. Diga a si mesma: "Acabaram-se as refeições pouco nutritivas — pelo menos até o parto". Você ficará espantada ao ver que, depois de o bebê nascer, os novos hábitos alimentares vão ser tão difíceis de mudar quanto o foram os antigos — o que tornará mais fácil dar o bom exemplo ao seu filho.

Estudar a Dieta Ideal. Torne-a parte de sua vida.

AS REFEIÇÕES LIGEIRAS

"Saio com amigas para lanchar depois do cinema cerca de uma vez ao mês. Devo evitar esse hábito pelo resto da gravidez?"

Embora as refeições ligeiras ainda não possam ser consideradas nutritivas, há restaurantes e lanchonetes que oferecem alimentos de boa qualidade nutritiva. Apesar disso, é preciso acertar na escolha do melhor prato. É difícil obter em restaurante a informação exata da qualidade nutritiva dos alimentos, sendo recomendável portanto dar preferência a frango grelhado, peixes assados ou cozidos, batata cozida (sem coberturas ricas em gorduras), pedaço de *pizza*, ocasionalmente ao hambúrguer simples, às saladas que não estejam nadando em óleo (dê preferência aos legumes e verduras frescos, com pouco tempero), ou a outros cardápios que não excedam no

teor de gordura e de sódio. Evite as frituras (embora não mais sejam feitas com banha de porco, são ainda ricas em gordura e calorias), os *"bigburguers"* duplos, as coberturas com queijo cremoso para as batatas (devem ser recobertas com queijo fresco, por exemplo), as frutas e pudins em conserva, as bebidas com soda e as tortas de fruta. Se o *milk shake* ou a sobremesa forem feitos com leite de verdade, você pode consumi-los — mas evite os que contêm muito açúcar, muita gordura ou substâncias químicas. Beba sucos, leite, água mineral ou comum, e traga de casa sua própria sobremesa (frutas, doces que você mesmo preparou etc.), se achar melhor apaziguar por conta própria a sua paixão por doces. Se passar o dia sem comer uma única verdura ou um único legume, roa uma cenoura ou desfrute de uma fatia de melão ao chegar em casa.

ADITIVOS NOS ALIMENTOS

"Com aditivos nos enlatados, inseticidas nas hortaliças, outras substâncias químicas nos peixes e nas carnes e nitratos nos cachorros-quentes, há alguma coisa que eu possa comer com segurança durante a gestação?"

Os informes a respeito das substâncias químicas em quase todos os alimentos norte-americanos são suficientes para mudar o apetite de qualquer pessoa — especialmente da mulher grávida, receosa não só pela própria saúde, mas também pela do concepto. Graças à mídia, "substâncias químicas" tornaram-se sinônimo de "perigo", e "alimentos naturais" de "segurança". Mas qualquer das duas generalizações não é verdadeira. Tudo o que comemos se compõe de substâncias químicas. Algumas são inócuas (até mesmo benéficas), outras não. E embora o que é "natural" seja quase sempre melhor que o artificial ou não-natural, há ocasiões em que não é: é letal. Um cogumelo "natural" pode ser venenoso; os ovos, a manteiga e as gorduras animais, todos "naturais", vinculam-se à cardiopatia, e o açúcar e o mel "naturais" causam cáries.

Isso não quer dizer que você tenha de desistir de comer para proteger o bebê dos perigos à mesa. Apesar de tudo o que possa ter ouvido, até agora nenhum alimento ou aditivo químico foi responsável comprovadamente por aromalias congênitas. E, com efeito, a maioria das norte-americanas enche o carrinho de compras sem dar a menor atenção ao quesito "segurança", e apesar disso têm filhos perfeitamente normais. Sem dúvida, o perigo que existe nos aditivos químicos presentes nos alimentos é remoto.

Se quiser eliminar mesmo esse risco remoto, siga as seguintes instruções para decidir o que jogar no carrinho e o que deixar de lado.

- Use a Dieta Ideal para orientar na seleção dos alimentos; ela a livra da maioria dos perigos em potencial. Também lhe oferece verduras e legumes mais ricos em betacaroteno, esse elemento protetor, capaz de combater os efeitos negativos das toxinas presentes nos alimentos.

- Use os adoçantes com critério. Evite por completo os alimentos adoçados com sacarina; a sacarina atravessa a placenta e seus efeitos a longo prazo sobre o feto são desconhecidos. Se você não tem dificuldade em manipular o aminoácido fenilalanina, pode usar aspartame como adoçante (há várias marcas no mercado). Parece que os componentes desse adoçante não cruzam a placenta em quantidade significativa. E as pesquisas não revelam efeito nocivo ao feto em decorrência do uso moderado por mulheres normais. (Não obstante, há motivos para que os alimentos feitos com aspartame não sejam os melhores pa-

ra você; ver p. 93.) Os adoçantes feitos de carboidratos de absorção lenta, como o sorbitol e o manitol, parecem ser seguros, mas cuidado para que não sejam de teor calórico muito baixo e para que as doses, mesmo moderadas, não causem diarréia.

- Sempre que possível, só use para cozinhar ingredientes frescos. Estará assim evitando aditivos duvidosos encontrados nos alimentos processados e suas refeições serão mais nutritivas também.

- Procure se informar sobre a contaminação de alimentos com determinados produtos químicos. Dê particular atenção à contaminação possível de peixes, caso o consumo deles seja da sua preferência. Compre o peixe, mas procure saber a sua origem.

  Não há consenso quanto à segurança ou insegurança de peixes e de frutos do mar hoje em dia. De modo geral, o peixe de água salgada tem menor probabilidade de contaminação do que o peixe de água doce. Concorda-se em geral que nos EUA, por exemplo, são a cachova e numerosos peixes serranídeos da costa atlântica daquele país os que criam o maior risco e devem ser evitados pelas gestantes. Saiba-se ou não com certeza da contaminação do peixe por mercúrio, alguns especialistas recomendam que se evite o peixe-espada (que costuma conter a mais elevada concentração de mercúrio) durante a gestação e que não se consuma mais do que 250 gramas de atum ou de linguado (que também exibem concentração relativamente elevada) por semana. Evite também consumir peixes oriundos de águas muito contaminadas por microorganismos — por lançamento nelas de água de esgoto, por exemplo.

- Evite de um modo geral os alimentos preservados com nitratos e nitritos; salsichas, salame, carnes enlatadas, peixes e carnes defumadas.

- Sempre que tiver a opção de escolher entre produto com corantes, aromatizantes, conservantes e outros ingredientes artificiais e um outro sem eles, dê preferência ao último.

- Ao cozinhar não use aromatizantes artificiais.

- Dê preferência às carnes e aves magras e remova a gordura e a pele visíveis antes de cozinhá-las, já que as substâncias químicas usadas para a sua criação tendem a se concentrar nessas partes do animal. Não coma miúdos (fígado, rim etc.) com muita freqüência, pelo mesmo motivo. Sempre que possível, compre aves e carnes de animais criados por método orgânico, sem hormônios ou antibióticos. As galinhas criadas com liberdade, que se alimentam espontaneamente, não só têm menor probabilidade de menor contaminação por tais substâncias, como também têm menos chance de serem portadoras de infecções como a salmonelose, por não serem criadas em galinheiros apinhados, que propiciam a propagação de doenças.

- Como precaução, lave todas as suas frutas e legumes com detergente (o mesmo usado para lavar pratos) imediatamente antes de usá-los. Descasque-os, quando possível, e certifique-se de enxaguá-los completamente. Raspe-os para remover resíduos químicos da superfície, sobretudo quando o legume tiver um revestimento ceroso e adesivo (como pepinos e às vezes os tomates, as maçãs e as berinjelas).

- Cuidado com os produtos de aparência perfeita. As frutas, os legumes e

as verduras que parecem embalsamadas, e muito imaculadas, podem perfeitamente ter sido protegidas por pesticidas nos campos. O produto menos bonito pode ser a aposta mais sadia.

- Compre produtos orgânicos sempre que possível. São esses os que têm mais chance de estarem livres de todos os resíduos químicos. Os produtos transicionais podem ainda conter alguns resíduos por contaminação do solo, mas devem ser mais seguros que os desenvolvidos por processo convencional. Dê preferência portanto aos que foram tratados por processo orgânico.

- Dê preferência aos produtos domésticos. Os produtos importados, e os alimentos feitos com tais produtos, podem conter níveis mais altos de pesticidas, em função da legislação específica do país de origem. As bananas são aparentemente seguras, e estão virtualmente livres de pesticidas.

- Varie a dieta. A variedade não só assegura uma experiência gastronômica mais interessante e mais nutritiva, como também reduz a probabilidade de que a pessoa se exponha muito a qualquer substância potencialmente tóxica. Alterne entre brócolis, couve e cenoura, por exemplo; entre melão, pêssegos e morangos; entre salmão, atum e linguado; entre trigo, aveia e arroz.

- Não seja fanática. Embora seja recomendável procurar evitar os riscos teóricos existentes nos alimentos, não o é quando se leva uma vida estressada em função disso.

LENDO RÓTULOS

"Anseio por me alimentar bem, mas encontro dificuldade em saber o que comprar quando vou ao supermercado."

Os rótulos nem sempre são feitos para ajudar o consumidor: servem mais para ajudar a vender o produto. Atenção ao comprar, e aprenda a ler o que vem escrito em letrinhas miúdas, inclusive a lista dos ingredientes que o compõem e a indicação do valor nutricional.

A lista dos ingredientes vai lhe dizer, em ordem decrescente, exatamente de que é feito o produto. Você poderá saber se o primeiro ingrediente num cereal é açúcar ou se é o grão integral. Vai ter também uma idéia se o produto tem elevado teor de sal, de gorduras ou de aditivos.

A indicação nutricional aparece já em muitos produtos comercializados e é particularmente útil para a gestante fazer a conta das proteínas e das calorias, ao dar os gramas das primeiras e o número das segundas por determinada quantidade do produto. No entanto, todo alimento com elevado teor de uma ampla variedade de nutrientes é bom produto para se adquirir.

Assim como é importante ler as letrinhas miúdas, também o é ignorar as graúdas. Quando um produto qualquer tem a indicação no rótulo em letras garrafais de que é feito de trigo integral, farelo e mel, por exemplo, convém ler as letrinhas miúdas: talvez se descubra que os ingredientes principais são o trigo *branco* e o fermento (farinha de trigo comum) e que contêm muito pouco mel e farelo (arrolados ao fim da lista de ingredientes).

A expressão "enriquecido" e similares são também enganosas. O acréscimo de umas poucas vitaminas num alimento de qualidade inferior não o torna de qualidade superior. Isso vale para os cereais que possuem 50% de açúcar (o rótulo nutricional dá o percentual de açúcar encontrado em vários produtos) e só um pouquinho de vitaminas. É muito melhor sair com uma caixa de aveia, que já possui vitaminas adquiridas naturalmente.

Comendo com Segurança

Uma ameaça mais imediata do que as substâncias químicas nos alimentos está nos microorganismos — bactérias e parasitos — que os contaminam. São vilões capazes de causar qualquer coisa: do mal-estar gástrico a graves enfermidades, e em raros casos até a morte. Portanto, cuidado com os pratos (sobretudo os que contêm aves, carne, peixe e ovos) preparados em condições sanitárias mais precárias; com os alimentos cozidos que ficaram fora da geladeira durante algumas horas; com enlatados de aspecto suspeito ou quando a lata está estufada; com os ovos crus ou quentes e com qualquer tipo de carne de vaca, de peixe ou de ave crua ou malcozida. Cuide para não contaminar os alimentos, lave bem as mãos com água e sabão antes de cozinhar ou comer.

O Que É Importante Saber: Em Busca de Segurança

O lar. As avenidas e rodovias de alta velocidade. O quintal. Os mais importantes riscos a que se expõe a gestante não são de natureza médica: são os de natureza "acidental".

Os acidentes muitas vezes parecem "acidentais", ou seja, parece que acontecem por acaso. Entretanto, na grande maioria são o resultado de descuido, de desatenção — não raro por parte da própria vítima —, e muitos podem ser evitados com um pouco mais de cautela e de bom senso. Há uma ampla variedade de medidas que ajudam a prevenir os acidentes e as lesões traumáticas:

- Admitir que você não tem mais a agilidade de antes da gestação. Ao crescer o abdome, o centro de gravidade do corpo se desloca, tornando mais fácil perder o equilíbrio. Você vai encontrar uma crescente dificuldade em ver os pés. Tais modificações podem tornar a gestante propensa aos acidentes.
- Sempre apertar e manter o cinto de segurança em carros e em aviões.
- Nunca subir em escadas bambas ou inseguras, ou, melhor ainda, não subir escadas.
- Não usar salto alto, nem chinelos folgados e nem sapatos com cadarços que se soltam fácil: todos estimulam as quedas e a torção de tornozelo. Não caminhar em assoalhos lisos de meias ou de sapatos com sola lisa.
- Cuidado ao entrar e ao sair da banheira; é preciso pisar em superfícies antiderrapantes e ter pontos de apoio onde se firmar.
- Passe em revista a casa e o quintal à cata de perigos: tapetes sem a face de baixo antiderrapante, sobretudo no alto de escadas; brinquedos ou quinquilharias nos degraus; escadas e cor-

redores mal-iluminados; fios estendidos pelo assoalho; chão muito encerado; lajes e degraus lisos.

- Atentar para as normas de segurança na prática de qualquer esporte; seguir as sugestões para fazer com segurança os exercícios e as atividades à p. 231.

- Não exagerar nas atividades. A fadiga é um importante fator a contribuir para acidentes.

O Terceiro Mês

A Consulta

Dependendo das necessidades e também do estilo do obstetra, serão verificados os seguintes elementos:[1]

- Peso e pressão arterial
- Urina, para surpreender açúcar e proteínas
- Batimento cardíaco fetal
- Tamanho do útero, pela palpação externa, para ver se há correlação com a data prevista do parto
- Altura do fundo uterino
- Exame das mãos e dos pés, para ver se há edema (inchação), e das pernas, para verificar se há varizes
- Questões ou problemas que a gestante queira discutir — levar uma lista pronta

Os Sintomas Comuns

Os sintomas, sejam os já presentes desde o mês anterior, sejam alguns novos, são experimentados quer na sua totalidade, quer só alguns deles. Podem surgir, ademais, outros sintomas menos comuns.

Físicos:

- Fadiga e insônia
- Necessidade de urinar com freqüência
- Náusea, com ou sem vômito, com ou sem salivação excessiva
- Prisão de ventre (constipação)

[1] Consultar o Apêndice para a explicação sobre os procedimentos e os exames realizados.

O Aspecto Físico no Terceiro Mês

Ao fim do terceiro mês, o minúsculo ser humano, agora feto, apresenta 6 a 8 centímetros de comprimento e pesa cerca de 14 gramas. Desenvolvem-se outros órgãos; os aparelhos circulatório e urinário já funcionam; o fígado produz bile. Os órgãos reprodutores já se formaram, embora seja difícil distinguir o sexo externamente.

- Azia, dispepsia, flatulência (gases), sensação de plenitude
- Aversões e desejos alimentares
- Modificações mamárias: plenitude, peso, dor ao toque dos seios, formigamento; escurecimento da aréola (a zona pigmentada que circunda o mamilo); crescimento das glândulas sudoríparas que existem na aréola (tubérculos de Montgomery); expansão da trama de linhas azuladas sob a pele
- Outras veias visíveis ao crescer o aporte de sangue para o abdome e as pernas
- Dores de cabeça esporádicas (cefaléias)
- Desmaio ou tonteira ocasionais
- Alterações na aparência. As roupas começam a ficar apertadas na cintura e no busto, se já não ficaram; crescimento abdominal por volta do final do mês
- Aumento do apetite

EMOCIONAIS:

- Instabilidade comparável à da síndrome pré-menstrual, que pode incluir a irritabilidade, mudanças de humor, irracionalidade, o choro fácil
- Apreensões, medo, alegria, euforia — uma dessas sensações ou todas elas
- Uma renovada sensação de calma, de quietude

AS PREOCUPAÇÕES COMUNS

PRISÃO DE VENTRE (CONSTIPAÇÃO)

"Há semanas que tenho tido uma prisão de ventre terrível. Isso é comum?"

Muito comum. E há bons motivos para isso. Um deles: o maior relaxamento da musculatura intestinal, por elevado nível de certos hormônios que circulam durante a gravidez, torna a eliminação mais vagarosa. Outro: a pressão do útero em crescimento sobre o intestino inibe a sua atividade normal.

Mas não há motivo lógico para aceitar a constipação como inevitável em toda a gestação. A irregularidade pode ser superada pelas seguintes medidas que também evitam uma conseqüência comum dessa irregularidade, as hemorróidas (ver p. 239):

Combata-a com fibras. Evite os alimentos refinados constipantes e concentre-se nas fibras como as frutas frescas e as verduras (cruas ou ligeiramente cozidas, sempre que possível com casca); os cereais integrais, os pães integrais e outros alimentos cozidos; os legumes (feijão e ervilhas); e as frutas secas (passas, ameixa, damasco, figo). Se você normalmente comer pouca fibra, acrescente esses alimentos ricos em fibras gradualmente à dieta para que não sinta desconforto gástrico. (Talvez sinta algum desconforto de qualquer forma, durante algum tempo, já que a flatulência é um efeito colateral freqüente, mas em geral temporário, próprio dessa dieta, além de ser queixa comum na gravidez.) Distribuindo sua alimentação diária em seis pequenas refeições e não concentrando todo o alimento em apenas *três* é um modo de reduzir o desconforto.

Se o seu caso é dos mais desesperados e que não pareça reagir a essa manipulação da dieta ou às táticas adiante, acrescente algum farelo de trigo à dieta, começando só com um pouquinho até chegar a duas colheres de sopa. Mas evite o farelo em grande quantidade; ao se mover rapidamente pelo seu sistema digestivo pode carregar consigo importantes nutrientes antes de serem absorvidos.

Afogue o oponente. A constipação não tem chance contra uma abundante ingestão de líquido. A maioria dos líquidos — sobretudo água e suco de frutas ou de legumes — é eficaz para o amolecimento das fezes e para manter o alimento em movimento ao longo do trato digestivo. Para alguns, umas xícaras de água quente com limão (mas sem açúcar) são particularmente eficazes. Se a constipação for muito intensa, o suco de ameixa poderá resolver.

Comece uma campanha de exercícios. Encaixe um período de pelo menos meia hora de marcha rápida na sua rotina diária; complemente-o com qualquer exercício que você goste e que seja seguro durante a gestação (ver Exercícios Durante a Gestação, p. 225).

Se todos os esforços não resolverem, consulte o médico. Talvez lhe prescreva um amolecedor de fezes para uso ocasional.

"Todas as minhas amigas que estão grávidas parecem ter prisão de ventre. Eu não; vou ao banheiro até com mais regularidade do que antes. Está tudo certo?"

As gestantes são de tal forma programadas pelas mães, pelas amigas, pelos livros e até mesmo pelos médicos para esperarem pela prisão de ventre, que

as que ficam constipadas aceitam isso como coisa normal e inevitável, e as que não ficam se preocupam, achando que há alguma coisa errada.

Mas do ponto de vista lógico, o seu sistema digestivo não poderia estar funcionando melhor. Há boa chance de que a sua nova eficiência digestiva se deva a alguma modificação da dieta — quase sempre uma modificação para melhor.[1] O maior consumo de frutas, de legumes e verduras, de grãos integrais e de outros carboidratos complexos, além de líquidos, conforme recomendamos na Dieta Ideal, vai combater a lentidão natural do sistema digestivo durante a gravidez e manter as coisas em movimento. Assim que o sistema se acostumar à nova dieta, sua produtividade poderá diminuir um pouco (e a flatulência, que muitas vezes acompanha temporariamente essa modificação da dieta, pode diminuir), mas é provável que você continue a ser "regular".

Se a evacuação porém for muito freqüente (mais de duas vezes por dia) ou se as fezes estiverem moles, aquosas, sanguinolentas ou mucosas, consulte o médico. A diarréia durante a gravidez requer a pronta intervenção.

FLATULÊNCIA (GASES)

"Tenho muitos gases e receio que a pressão na barriga, que me é incômoda, possa também incomodar o bebê."

Bem instalado e seguro no casulo uterino, protegido por todos os lados pelo líquido amniótico que absorve todos os impactos, o bebê é inacessível à pressão exercida pelos gases intestinais. Quando muito, é aquietado pelo borbulhar, pelo gorgolejar dos gases no intestino.

A única ameaça possível ao bem-estar do concepto é quando a plenitude e a flatulência — que não raro se acentuam ao fim do dia — impedem a alimentação regular e adequada. Para evitá-la (e também para reduzir os incômodos ao mínimo), adotar as seguintes medidas:

Evacuar com regularidade. A constipação é causa comum de gases e de distensão abdominal.

Não se empanzinar. As grandes refeições só pioram as coisas. Também sobrecarregam o sistema digestivo, que já não se acha nas suas melhores condições de eficiência durante a gestação. Em vez de três grandes refeições ao dia, fazer seis menores.

Comer devagar. As refeições feitas muito rapidamente propiciam a deglutição de ar. O ar assim capturado forma bolsas de gás no intestino.

Manter a calma. Sobretudo durante as refeições: a tensão e a ansiedade favorecem a deglutição de ar.

Afastar-se dos produtores de gases. Seu estômago sabe quais são — possivelmente cebolas, repolho e couve, brócolis, alimentos fritos e doces açucarados (que não devem ser comidos mesmo), e, naturalmente, o já bem conhecido feijão.

GANHO DE PESO

"Estou preocupada porque ainda não ganhei peso nenhum no primeiro trimestre."

Muitas mulheres encontram dificuldade em ganhar mais um quilo nas primeiras semanas; algumas inclusive perdem um pouco, em geral, por cortesia da náusea matinal. Felizmente, a na-

[1] A complementação do ferro pode contribuir para a diarréia ou para a prisão de ventre. Se esse complemento parece estar interferindo no funcionamento intestinal, peça ao médico um substituto.

tureza oferece alguma proteção para os bebês de mães que não conseguem se alimentar bem durante o primeiro trimestre: a necessidade do feto de calorias e de certos nutrientes durante esse período não é tão grande quanto será depois. Por isso, se você não ganhar peso no início não deverá causar qualquer prejuízo a ele. Mas se depois não conseguir ganhar peso algum poderá causar algum efeito — bastante significativo —, porque as calorias e os nutrientes serão cada vez mais necessários como fonte de energia para a fábrica que gera o bebê.

Logo, não se preocupe, mas coma. E comece a observar o peso com atenção para certificar-se de que sobe no ritmo conveniente (cerca de 500 gramas por semana durante o oitavo mês). Se continuar a ter problema em ganhar peso, tente ganhar mais impulso nutricional com as calorias que você consome, através da alimentação eficiente (ver p. 110). Tente também comer um pouco mais ao dia, acrescentando lanches mais freqüentes. Mas não tente ganhar peso com alimentos pouco nutritivos — esse tipo de alimento só vai arredondar o seu quadril e as suas coxas, e não o bebê.

"Fiquei chocada ao saber que já havia engordado 6 quilos só no primeiro trimestre. O que devo fazer agora?"

Você não pode fazer o ponteiro da balança descer — esse peso veio para ficar por enquanto, ao menos até algum tempo depois do parto. E você não poderá distribuir esses quilos a mais durante o próximo trimestre. O feto requer um aporte constante de calorias e nutrientes, sobretudo durante os meses que vêm a seguir. Você não pode cortar calorias agora, esperando assegurar a nutrição do bebê com o excesso de peso já acumulado. Fazer dieta para perder ou manter o peso nunca é uma conduta apropriada durante a gestação, e é especialmente perigosa durante o segundo e o terceiro trimestres, quando o crescimento fetal é tremendamente rápido e significativo.

Porém, mesmo que nada possa fazer para livrar-se dos quilos que adquiriu até então, há muito o que fazer para que não continue a acelerar esse ganho de peso. Algumas mulheres conseguem esse ganho ponderal rápido porque se permitem comer nesse período todo o tipo de doces para ver se melhoram do enjôo matinal, por exemplo. Se for esse o seu caso, deixará de ser um problema à proporção que a náusea ceder e o apetite por uma dieta mais variada retornar ao normal. Outras gestantes ganham muito peso no primeiro trimestre porque acham, erradamente, que a alimentação sem restrições seja um direito e uma responsabilidade da mulher grávida. Passe em revista a Dieta Ideal (p. 109) para descobrir por que não é e para aprender a comer em prol da saúde do bebê sem ganhar ao todo 30 quilos. O ganho de peso eficiente, com alimentos da melhor qualidade possível, não só atenderá a esse objetivo, como também facilitará a perda dos quilos a mais durante o puerpério.

DOR DE CABEÇA

"Estou vendo que tenho hoje muito mais dores de cabeça. Será que tenho de sofrer com elas porque não posso tomar analgésicos?"

O fato das mulheres ficarem mais sujeitas a dores de cabeça quando devem ficar longe dos analgésicos é uma das grandes ironias da gravidez. Talvez você tenha de conviver com a dor de cabeça, mas não terá de padecer em excesso por causa dela. Embora convenha não ir correndo ao armarinho de remédios para buscar alívio rápido (ver Apêndice), a prevenção, ao lado de remédios caseiros, pode proporcionar algum alívio das dores de cabeça recidivantes da ges-

tação. A melhor forma de prevenir e tratar a dor de cabeça vai depender da sua causa. As cefaléias da gravidez quase sempre decorrem de alterações hormonais (que explicam a maior freqüência e a intensidade de vários tipos de cefaléia, inclusive as dores de cabeça vinculadas aos seios da face), ou de fadiga, tensão, fome, estresse emocional ou físico, ou uma mistura desses fatores.

As seguintes dicas para vencer e prevenir a dor de cabeça poderão lhe ajudar a encaixar a cura com a causa:

Relaxe. A gestação poderá ser período de grande ansiedade, tendo por conseqüência as cefaléias por tensão. Algumas mulheres encontram alívio com medicamentos e ioga. Procure informar-se a respeito: fazendo um curso, lendo. Ou tente outras técnicas de relaxamento como as indicadas à p. 147.

É evidente: os exercícios de relaxamento não funcionam em todo mundo — algumas mulheres descobrem que eles aumentam a tensão ao invés de aliviá-la. Para essas, deitar em quarto silencioso e escuro, ou estirar-se no sofá ou com os pés para cima sobre a escrivaninha durante 10 ou 15 minutos é um melhor remédio para a tensão e a cefaléia acompanhante.

Ver outras dicas para a redução do estresse à p. 148.

Repouse o suficiente. A gestação pode também ser época de grande fadiga, sobretudo no primeiro e no último trimestre. Às vezes a fadiga se estende pelos nove meses em gestantes que trabalham durante longas horas ou que cuidam dos outros filhos. O sono pode ser difícil depois que a barriga ficar grande (como ficar numa posição cômoda?) e o pensamento ficar num turbilhão (como vou conseguir fazer tudo antes do bebê nascer?) — fatores que acentuam o cansaço. Faça um esforço consciente para repousar mais, durante o dia *e* durante a noite: ajuda a afugentar a dor de cabeça. Mas cuide para não dormir *demais*, já que o sono em excesso pode causar também dor de cabeça.

Coma regularmente. Evite a dor de cabeça da fome causada pela queda do açúcar no sangue. Não salte refeições. Traga consigo sempre algum alimento nutritivo para comer (os alimentos à base de proteína e de carboidratos complexos são os mais eficazes). Guarde-os no porta-luvas do carro ou na gaveta da escrivaninha. Mantenha sempre o estoque em casa.

Busque um pouco de calma e de paz. Se você for "alérgica" a ruídos, afaste-se deles sempre que possível. Evite as músicas estridentes, os restaurantes barulhentos, as festas ruidosas e as lojas cheias. Em casa, diminua o volume da campainha do telefone, da TV e do rádio.

Não fique em ambientes abafados. Se o quarto ou a sala superaquecidos, cheios de fumaça ou mal ventilados causarem dor de cabeça, vá dar um passeio na rua de vez em quando — ou melhor ainda: evite sempre tais ambientes. Se você vai a algum ambiente fechado e abafado, vista-se com várias peças leves sobrepostas, e mantenha o conforto removendo-as conforme necessário. Se o seu local de trabalho é mal ventilado, vá se possível para área ou setor melhor ventilado; se não for possível, trabalhe com mais pausas.

Para alívio da cefaléia por sinusite. Aplique compressas quentes e frias alternadas sobre a área dolorosa. Aplicações de 30 segundos, num total de 10 minutos, quatro vezes ao dia. Para a dor de cabeça por tensão ou estresse, experimente aplicar gelo na nuca durante 20 minutos, permanecendo relaxada e de olhos fechados. (Use bolsa de gelo comum.)

Fique ereta. A má postura durante a leitura, a costura ou qualquer outro traba-

lho que exija atenção por longo período de tempo pode também causar dor de cabeça. Preste atenção à postura.

Se uma dor de cabeça inexplicada persistir por mais de algumas horas, se voltar com freqüência, poderá ser resultado de febre. Caso se acompanhe de distúrbios da visão ou inchação das mãos e do rosto, avise o médico imediatamente.

"Sofro de enxaqueca. Ouvi dizer que são mais comuns durante a gravidez. É verdade?"

Em algumas mulheres as crises de enxaqueca se tornam mais comuns na gravidez. Em outras se tornam menos freqüentes. Não se sabe por que isso acontece, ou mesmo por que algumas têm crises repetitivas e outras não têm nenhuma.

A enxaqueca é um tipo específico de cefaléia, consiste numa categoria à parte. Seu surgimento está relacionado à constrição, ou estreitamento, de vasos sangüíneos na cabeça, seguida de uma dilatação, ou abertura, repentina. O fenômeno interfere no fluxo de sangue, causando dores e outros sintomas. Embora tais sintomas variem de pessoa para pessoa, a enxaqueca costuma ser precedida de fadiga. A esta pode seguir-se a náusea, com ou sem vômito ou diarréia, sensibilidade à luz (fotofobia) e às vezes turvação ou pontos cintilantes num dos olhos (de vez em quando nos dois). Quando por fim sobrevém a dor de cabeça, minutos ou horas depois dos primeiros sintomas de aviso, a dor, que é intensa e latejante, costuma se localizar num dos lados da cabeça, podendo se irradiar para o outro lado. Algumas pessoas também experimentam adormecimento ou formigamento de um dos braços ou de um lado do corpo, tonteira, zumbido nos ouvidos, corrimento nasal, lacrimejamento ou manchas vermelhas nos olhos e confusão mental temporária.

Se você já sofreu de enxaqueca no passado, prepare-se para enfrentá-la durante a gravidez, de preferência pela prevenção. Se você já sabe o que pode desencadear a crise, procure evitar a situação responsável. O estresse é causa comum (ver à p. 147 algumas dicas para combatê-lo), assim como o chocolate, os queijos, o café, o vinho tinto (bebida que não é recomendada a gestantes, de qualquer forma). Experimente ver se consegue, de qualquer forma, evitar a crise plena depois de surgirem os sintomas de aviso. Para algumas pessoas, lavar o rosto com água fria ajuda, ou deitar em quarto escuro durante duas ou três horas, olhos cobertos (cochilar, meditar, ouvir música, mas não ler nem ver TV). Discuta com o médico sobre a segurança dos medicamentos contra enxaqueca durante a gestação. Pergunte-lhe quais os mais eficazes.

Se experimentar pela primeira vez uma crise que pareça ser de enxaqueca, avise logo o médico. O mesmo sintoma poderia indicar alguma complicação da gravidez. Se uma cefaléia inexplicada persistir por mais de algumas horas, retornar com freqüência, há de ser o resultado de febre. Se se acompanhar de alterações da visão ou de inchação das mãos e do rosto, também notifique o médico.

INSÔNIA

"Nunca tive problema de insônia na minha vida — até agora. Hoje simplesmente não consigo pregar olho à noite."

Com tanta agitação em seus pensamentos e no seu ventre, não admira que você não consiga uma boa noite de sono. Ou você vê a insônia como preparação para as noites insones quando o bebê chegar, ou tenta uma das seguintes medidas:

- Exercite-se o suficiente. O corpo que desenvolveu atividades suficientes durante o dia (ver orientação na pág. 225) estará preparado para dormir à noite. Mas não faça exercícios antes de dormir, pois funcionam como estimulantes: você não conseguirá apagar depois de recostar a cabeça no travesseiro.

- Jante com calma. Desista da televisão durante o jantar: converse com o marido, tenha um papo relaxado com ele.

- Adote uma rotina antes de dormir. Atenha-se a ela. Procure sempre relaxar depois do jantar. Leia um bom livro, assista a um programa calmo na televisão, ouça música suave, faça os exercícios de relaxamento (p. 147), tome um banho morno, peça ao marido uma massagem nas costas, namore.

- Faça um lanche leve antes de deitar para manter o teor de açúcar no sangue dentro da normalidade. O alimento em excesso ou a falta de alimento antes de dormir interferem no sono. Inclua nesse lanche: biscoitos integrais e leite; frutas e queijo; ricota e suco de maçã sem açúcar.

- Fique à vontade. Certifique-se de que o quarto de dormir não esteja frio ou quente demais, que o colchão seja firme e o travesseiro confortável. Ver p. 208 para as posições durante o sono; quanto antes você aprender a dormir na posição lateral, mais fácil será no período final da gravidez.

- Tome um pouco de ar. Um ambiente abafado não proporciona um bom sono. Abra a janela se necessário e não durma com a cabeça recoberta, pois isso diminui o oxigênio e aumenta o dióxido de carbono que você respira, causando dores de cabeça e até mesmo irregularidades no ritmo cardíaco. Use ventilador ou condicionador de ar.

- Só fique no quarto para dormir.

- Se você acorda muito para ir ao banheiro, limite os líquidos depois de 4 horas da tarde e fique o mínimo possível de pé durante o dia (a posição favorece a micção noturna).

- Esqueça dos problemas do trabalho e de casa. Tente solucioná-los durante o dia ou pelo menos converse a respeito deles com o marido mais cedo. Tire as preocupações da cabeça antes de dormir. (Veja outras dicas para alívio da tensão na p. 148.)

- Não use drogas ou álcool para conciliar o sono, pois essas substâncias são prejudiciais à gravidez e, a longo prazo, não são mesmo de grande utilidade. Evite a cafeína (no chá, no café e em alguns refrigerantes) e o excesso de chocolate já a partir de depois do almoço.

- Fique acordada até mais tarde. Talvez necessite de menos sono do que imagina. Paradoxalmente, o retardamento da hora de ir para a cama pode ajudá-la a dormir melhor. Evite também as sonecas durante o dia.

- Julgue a boa noite de sono pela maneira como você se sente e não pelas horas que passou dormindo. As pessoas com problemas do sono às vezes dormem mais do que imaginam. Você está dormindo o suficiente, se não se sente cansada o tempo todo (além da fadiga normal da gravidez).

- Não se preocupe com a insônia — ela não a prejudicará e nem ao bebê. Quando não conseguir dormir levante-se e leia, tricote, veja TV etc., até fi-

car sonolenta. Preocupar-se com o sono é ainda mais estressante do que a falta de sono propriamente.

ESTRIAS

"Tenho medo de ficar com estrias. Elas podem ser evitadas?"

Para muitas mulheres — sobretudo as que adoram usar biquíni —, as estrias são mais temidas do que as coxas flácidas. Entretanto, 90% de todas as mulheres vão desenvolver estrias um pouco sulcadas, de coloração rosa ou avermelhada, por vezes apresentando formigamento, nas coxas, quadris e/ou abdome em algum momento durante a gestação.

Como o nome diz, as estrias são linhas sulcadas na pele por causa do estiramento por ela sofrido, normalmente em decorrência de rápido e/ou pronunciado aumento de peso. As gestantes com boa elasticidade cutânea (seja porque a herdaram, seja porque a adquiriram graças a uma nutrição e a exercícios excelentes) podem passar por várias gestações sem ficarem com uma única estria. Outras talvez as consigam minimizar, ou prevenir, através do ganho de peso constante, gradual e moderado. Promover a elasticidade da pele através da Dieta Ideal (p. 109) também ajuda, mas não há creme, loção ou óleo, por mais caro que seja, que as evite ou atenue — apesar de que talvez o marido goste de passá-los na sua pele, ajudando a prevenir-lhe o ressecamento.

Quem desenvolver estrias durante a gestação poderá se consolar sabendo que costumam esmaecer, adquirindo uma tonalidade prateada depois do parto. Também ajuda saber que são menos uma desfiguração que uma medalha de maternidade.

BATIMENTO CARDÍACO DO BEBÊ

"Uma amiga minha ouvia os batimentos do coração do bebê dela aos dois meses e meio. Já estou com quase três meses de gravidez e o meu obstetra ainda não detectou os batimentos do meu."

É possível captar os batimentos do coração do feto já por volta de 10 ou 12 semanas de gestação com um instrumento muito sensível chamado sonar Doppler (um aparelho manual de ultra-som que amplifica os sons captados). Mas o estetoscópio comum só é poderoso o suficiente para detectar o batimento cardíaco fetal depois da 17ª ou da 18ª semana. Mesmo com instrumentos sofisticados, o batimento cardíaco poderá não ser audível nessa fase precoce por interferência da posição do bebê ou de outros fatores, como as camadas excessivas de gordura da mãe. Também é possível que o ligeiro erro no cálculo da idade gestacional seja a explicação para esse atraso. Cumpre esperar até o mês seguinte. Por volta da 18ª semana, o miraculoso som do coração do seu bebê batendo certamente se fará ouvir, para deleite dos seus ouvidos. Caso isso não ocorra, ou se você estiver muito ansiosa, o médico poderá pedir que um exame de ultra-som seja feito, a fim de captar um batimento cardíaco que, por alguma razão, é difícil de ser ouvido com o estetoscópio.

DESEJO SEXUAL

"Todas as minhas amigas dizem que sentem maior vontade de fazer sexo no início da gravidez — algumas chegaram a ter orgasmo ou orgasmos múltiplos pela primeira vez só depois de engravidarem. Como posso me sentir tão sem desejo?"

A gestação é tempo de mudanças em muitos aspectos da vida, e não menos da vida sexual. Mulheres que nunca tiveram um orgasmo ou que nunca se interessaram muito pela atividade sexual inesperadamente passam a apresentar tal comportamento à primeira gestação. Outras, acostumadas a um apetite sexual voraz por sexo e ao orgasmo fácil, repentinamente se vêem carentes de qualquer desejo e encontram dificuldades em se excitarem. Essas alterações na sexualidade podem ser desconcertantes, podem causar sentimentos de culpa, podem se revelar maravilhosas ou uma mistura confusa desses três ingredientes. E são todos perfeitamente normais.

Como a leitora perceberá ao ler Fazendo Sexo Durante a Gravidez (p. 199), há muitas explicações lógicas para tais alterações e para os sentimentos que provocam. Alguns desses fatores talvez se revelem mais fortes ao início da gestação, quando a náusea e a fadiga fazem a gestante sentir-se compreensivelmente indisposta ao sexo, quando fazer sexo sem a preocupação de engravidar (ou de não engravidar) liberta a gestante das inibições e a predispõe mais para o sexo do que nunca, quando fazem assomar a culpa pelo fato de a gestante achar que deveria estar mais predisposta à própria maternidade e não ao sexo. Outros fatores, como as alterações físicas que podem facilitar o orgasmo, torná-lo mais intenso, ou dificultá-lo, persistem por toda a gestação.

O mais importante é admitir que o comportamento sexual da gestante — e também o do marido — terá por matiz mais a imprevisibilidade do que o erotismo: a pessoa pode sentir-se sensual num dia e nada sensual no seguinte. O entendimento mútuo e a comunicação franca serão necessários durante o período.

SEXO ORAL

"Ouvi dizer que o sexo oral é perigoso durante a gestação. É verdade?"

A prática de cunilíngua — o ato de acariciar a vulva ou o clitóris com a língua — é segura, desde que o parceiro cuide para não soprar na vagina. Essa atitude é capaz de impelir o ar para dentro da corrente circulatória e causar embolia gasosa (um tipo de obstrução dos vasos sangüíneos), que pode se revelar letal para a mãe e para o bebê.

A prática da felação, por não envolver a genitália feminina, é sempre segura durante a gravidez, e para alguns casais é um substituto bastante satisfatório quando não está permitida a relação sexual habitual.

CÓLICAS APÓS O ORGASMO

"Sinto cólicas na barriga após o orgasmo. É sinal de que o sexo machuca o bebê? Pode causar aborto?"

As cólicas — durante e após o orgasmo e, por vezes, acompanhadas de dor nas costas — não apenas são comuns como também são inócuas durante a gestação normal de baixo risco. A causa pode ser física: congestão venosa normal na região junto com a congestão igualmente normal dos órgãos sexuais durante a excitação e o orgasmo. Ou pode ser psicológica: resultado do receio comum de prejudicar o bebê durante a relação.

A cólica não significa que o sexo esteja machucando o bebê. Os especialistas, na maioria, concordam que as relações sexuais e o orgasmo são perfeitamente seguros e não causam aborto na gestação normal, de baixo risco. Quando as cólicas a incomodarem, peça ao parceiro para fazer-lhe uma fricção delicada na

parte baixa das costas. É capaz de não só aliviar as cólicas como também de eliminar todas as tensões que as estejam causando.[3] (Consultar Fazendo Sexo Durante a Gravidez, p. 199.)

GÊMEOS

"Minha barriga está muito grande. Será que estou esperando gêmeos?"

É mais provável que você só esteja com alguns quilos além do esperado para o primeiro trimestre. Ou talvez seja problema da sua constituição física: em você a expansão uterina já é perceptível antes de o ser em alguém com porte físico maior. O abdome relativamente volumoso não é em geral considerado sinal de gravidez gemelar; para fazer esse diagnóstico, o profissional terá de recorrer a outros fatores, entre os quais:

- Útero grande para a idade gestacional. O tamanho do útero, não do abdome, é o que conta para o diagnóstico de gravidez gemelar. Se o útero estiver crescendo mais depressa do que o esperado, passa-se a suspeitar de fetos múltiplos. Outra possibilidade para explicar o útero muito crescido está no erro do cálculo da data prevista para o parto ou então numa quantidade excessiva de líquido amniótico (polidrâmnio).

- Sintomas gestacionais exagerados. Quando se espera gêmeos, pode-se apresentar uma duplicação dos problemas da gravidez (náusea matinal, indigestão, edema etc.), mesmo só na aparência. Mas todos esses podem também ser exacerbados na gravidez não-gemelar.

- Mais de um batimento cardíaco fetal. Dependendo da posição dos bebês, o médico poderá ouvir dois (ou mais) batimentos cardíacos distintos. Entretanto, como o batimento cardíaco de um só feto pode ser ouvido em várias localizações, a identificação de dois batimentos só confirma a presença de gêmeos quando os ritmos são diferentes. Portanto, muitas vezes não se diagnostica a gravidez gemelar dessa maneira.

- Predisposição. Embora não existam fatores que aumentem a probabilidade de gêmeos idênticos, há vários que predispõem a mulher a ter gêmeos (fraternos, biovulares ou dizigóticos). Entre esses fatores estão a existência de gêmeos fraternos na família da mãe, a idade adiantada (mulheres com mais de 35 anos com freqüência liberam mais de um óvulo), uso de drogas que estimulam a ovulação e a fecundação *in vitro* (bebê de proveta). Os gêmeos são também mais comuns entre as mulheres da raça negra (em relação às da raça branca) e menos comuns entre as asiáticas.

- Se um ou mais desses fatores levam o médico à conclusão de que há a possibilidade de mais de um feto, estará indicado o exame ultra-sonográfico. Em todos os casos (exceto na rara ocasião em que um dos fetos fica obstinadamente escondido atrás do outro) esse exame permitirá o diagnóstico correto de prenhez múltipla.

"Mal nos adaptamos ao fato de eu estar grávida e descobrimos que estou esperando gêmeos. Estou preocupada com os riscos que envolvem a eles e a mim."

[3]Há mulheres que sentem câibras nas pernas após o coito. Consultar as sugestões da pág. 239 para o seu tratamento.

A gravidez múltipla tem se multiplicado num ritmo fantástico: hoje, de cada 100 casais, 2 terão gêmeos. Para a geração anterior essa proporção era de 1 em 100. E se ainda contam para explicar a prenhez gemelar os caprichos da natureza e a predisposição hereditária, hoje os cientistas apontam para novos fatores a explicar o crescimento desses casos. Um desses fatores está no aumento do número de mães com mais de 35 anos: a ovulação dessas é mais aleatória e é maior a possibilidade da liberação de dois óvulos ou mais, o que favorece a gravidez gemelar. Outro fator está no uso de drogas como o pergonal e o clomifeno (uso, outra vez, mais comum em mulheres de mais idade, já que a fertilidade diminui com a idade), que aumentam a probabilidade de gravidez múltipla. Ainda outro está no emprego da fecundação *in vitro*, procedimento em que os óvulos fertilizados num tubo de ensaio são implantados no útero, o que, já que são vários os óvulos fecundados envolvidos, favorece o surgimento de gravidez múltipla.

Mas se a mãe de hoje tem maior probabilidade de ganhar gêmeos, também possui maior probabilidade de tê-los em boas condições. Mais de 90% das gestações múltiplas, mostram as pesquisas, têm um desfecho feliz. Atribui-se este êxito, em grande medida, às conquistas da ultra-sonografia: são raros os casais hoje em dia apanhados de surpresa na sala de parto com o nascimento de gêmeos. Esse prévio conhecimento da gravidez gemelar também ajudou a explicar o menor número de complicações práticas e logísticas depois do nascimento (ter de ir no último minuto à loja para comprar mais um berço, por exemplo) além de explicar o menor número de complicações médicas durante a gravidez e o parto. Sabedores da gravidez gemelar, a gestante e o médico podem tomar várias precauções para reduzir os riscos de certas complicações (hipertensão, anemia, descolamento prematuro de placenta, que são mais comuns nesse tipo de gravidez) e para melhorar a chance de levar a gravidez a termo, propiciando um parto em condições ideais:

Maior atenção médica. Grande parcela dos maiores riscos da gestação múltipla pode ser reduzida pela monitorização médica especializada feita por obstetra (as gestações de alto risco não devem ficar em mãos de parteira). As consultas serão mais freqüentes — de duas em duas semanas depois da 20ª semana e semanalmente depois da 30ª. Os sinais de complicação serão investigados mais freqüentemente para que, no caso de alguma eventualidade, o tratamento seja logo instituído.

Cuidados nutricionais extras. Comer por três (ou mais) pelo menos duplica a responsabilidade da gestante que normalmente só tem de comer por dois. Além do bem extraordinário que faz por todos os bebês (ver p. 109), a nutrição excelente tem profundo impacto sobre um dos problemas mais comuns da gestação múltipla: o baixo peso ao nascer. Em vez de nascerem com 2.500 kg ou menos (era esse o padrão na gestação gemelar), os gêmeos que são nutridos por uma dieta superior podem pesar até 3.000 kg ou 3.500 kg ao nascer.

Muitas das exigências da Dieta Ideal são multiplicadas por cada filho que se leva na barriga. Especificamente, cada um representa mais 300 calorias, mais ou menos, mais uma porção de proteínas, mais uma porção de cálcio, mais outra ainda de grãos integrais. Como se trata de muito alimento para entrar num estômago comprimido pelo útero em crescimento, e como grande número dos desconfortos gastrintestinais são exacerbados pela prenhez gemelar, a qualidade do alimento consumido pela gestante adquire suma importância. Ao evitar os alimentos pouco nutritivos estará deixan-

do espaço para os melhores alimentos. Para comer de forma mais eficiente (ver p. 110) distribua as necessidades nutricionais ao longo de pelo menos seis pequenas refeições e muitos lanches ao dia. Não tente comer tudo o que precisa em apenas três refeições.

Ganho extra de peso. Mais um bebê significa maior ganho de peso — não só por causa do próprio bebê, mas porque o bebê extra inclui outros produtos (como uma placenta extra e mais líquido amniótico). O médico provavelmente recomendará supervisionar cuidadosamente o ganho de peso de pelo menos 15 a 20 quilos além do peso pré-gestacional (salvo se você for muito obesa) ou cerca de 50% acima do habitualmente recomendado. Isso significa cerca de 700 a 800 g por semana depois da 12ª semana. Principalmente se esse ganho de peso for conseguido mediante uma dieta excelente, a gestante estará favorecendo e muito o nascimento de gêmeos sadios.

Quantidade extra de vitaminas e sais minerais. A presença de mais de um feto também significa maior necessidade de nutrientes como ferro e ácido fólico (necessários para prevenir anemia, ver p. 189), de zinco, cobre, cálcio, B_6, vitamina C e vitamina D. Por causa dessa maior necessidade, a recomendação oficial é a de que se considere a gestante em categoria de alto risco e que tome complementação vitamínica diária. **Siga essa recomendação, mas** *não* tome nada além daquilo que o médico recomenda.

Repouso extra. O corpo terá duas vezes mais trabalho para formar os bebês, portanto você necessitará de repouso redobrado. Essa é uma responsabilidade sua. Repouse com os pés para cima e tire sonecas durante o dia, por exemplo, deixando para outra pessoa as tarefas domésticas. Dependa mais dos recursos modernos da cozinha. E, se possível, reduza sua carga horária de trabalho na profissão ou pare de trabalhar, se a fadiga for muito intensa.

Precaução extra. Dependendo de como vai a gravidez, o médico poderá prescrever uma licença-maternidade mais precoce (já por volta da 24ª semana em alguns casos) e poderá recomendar a abstenção das tarefas domésticas e, às vezes, completo repouso na cama em casa. O repouso em leito hospitalar nos últimos meses de gestação costuma ser reservado para a gestação múltipla complicada. As pesquisas, em sua grande maioria, mostram que para a gestação múltipla normal a internação convencional nessa época não previne o trabalho de parto prematuro. Siga à risca as instruções do obstetra, por mais difíceis que possam parecer. Aí está um dos meios mais seguros para levar a gestação a bom termo.

Auxílio extra para os sintomas peculiares a esse tipo de gestação. Como os sintomas mais comuns da gestação (náuseas matinal, indigestão, dor nas costas, constipação, hemorróidas, edema, veias varicosas, falta de ar e fadiga) são por vezes mais acentuados pela gravidez gemelar, essa gestante precisa ter conhecimento das formas de alívio de tais manifestações. As sugestões que damos neste livro para esses sintomas servem para a gravidez única e a gemelar. Recorra ao índice remissivo para consultá-los. Busque também o conselho do obstetra quando os sintomas forem muito pronunciados.

Uma queixa muito rara que por vezes complica a gestação múltipla está na separação da sínfise da pube (articular inferior do osso pélvico). Esta separação pode limitar a mobilidade e causar intensa dor na região; nesse caso recomendamos comunicar o médico.

"Todos acham incrível estar esperando gêmeos — menos nós. Estamos desapontados e aparvorados. O que é que está errado com a gente?"

Nada. Dificilmente no sonho de ser mãe e pai aparece a imagem de dois berços, duas pilhas de fraldas, duas cadeirinhas de bebê, dois carrinhos e dois bebês. Preparamo-nos física e psicologicamente para a chegada de um só bebê; ao ficarmos sabendo que são dois não espanta o desapontamento. Tampouco o medo. A responsabilidade de criar dois filhos foi duplicada.

O melhor a fazer é aceitar esses sentimentos ambivalentes e não se culpar. Convém ir se habituando com a idéia de filhos gêmeos. Converse com pais que já os tiveram. O médico poderá também ser capaz de indicar pais que tiveram filhos gêmeos e que morem perto de você. Compartilhem os sentimentos e reconheçam que não são os únicos a vivenciar a experiência. Isso ajuda muito a aceitar melhor a gestação e, com o tempo, a desfrutar mais dela.

CISTOS DO CORPO LÚTEO

"Meu médico me disse que tenho um cisto no ovário. Mas me avisou para não me preocupar. Só que eu não consigo."

Todos os meses na vida reprodutora da mulher, um pequeno corpo celular amarelado se forma depois da ovulação. Chama-se corpo lúteo (literalmente "corpo amarelo") e ocupa o espaço no folículo de Graaf, que era antes ocupado pelo óvulo. O corpo lúteo produz estrogênio e progesterona e está programado para se desintegrar em torno de 14 dias. Quando isso ocorre, o declínio do teor hormonal desencadeia a menstruação. Na gestação o corpo lúteo, mantido pela gonadotrofina coriônica (hCG) que é gerada pelo trofoblasto (as células que se transformam na placenta) continua a crescer e a produzir progesterona e estrogênio para nutrir e manter a gravidez até que a placenta assuma a incumbência. Na maioria dos casos, o corpo lúteo começa a involuir por volta de seis ou sete semanas depois do último período menstrual e deixa de funcionar por volta de 10 semanas, quando então já cumpriu sua missão.

Estima-se que em uma entre 10 gestações, contudo, o corpo lúteo não regrida no momento previsto, transformando-se num cisto. Este cisto não costuma representar problema. Mas como precaução o médico passa a observar e condição regularmente através da ultrasonografia. Se crescer muito ou se ameaçar se torcer ou se romper, poderá ser removido cirurgicamente. Essa intervenção é necessária apenas em cerca de 1% dos casos. Depois de 12ª semana a cirurgia dificilmente ameaça a gravidez.

O QUE É IMPORTANTE SABER: O GANHO DE PESO DURANTE A GESTAÇÃO

Coloque juntas duas gestantes em qualquer lugar — na sala de espera de um consultório médico, no ônibus, no trabalho — e as perguntas vão surgir, inevitalmente: "É para quando?", "Já sentiu ele chutar?", "Tem sentido enjôo?" e talvez surja também a favorita: "Você tem engordado muito?"

As comparações são inevitáveis e às

vezes um pouco preocupantes. As que deram partida estrondosamente, comendo com entusiasmo até chegarem ao ganho de 5 quilos ao fim do primeiro trimestre, ficam imaginando o que é "engordar muito". Outras em que o apetite é desencorajado pelos surtos de náusea cujo resultado nesse período são uns poucos gramas que mal aparecem na balança do médico (e que talvez até tenham emagrecido um pouco) ficam se perguntando o que é "engordar pouco". Todas porém querem saber: "Quanto é preciso engordar?"

O aumento total de peso. Embora estivesse em voga há algum tempo limitar o ganho de peso gestacional para os 7 ou 8 quilos, hoje se admite que esse valor é insuficiente para garantir a boa saúde do bebê. Os bebês de mães que ganham menos de 10 quilos tendem a ser prematuros, pequenos para a idade gestacional, e a sofrer de retardo do crescimento intra-uterino.

Quase tão perigoso, entretanto, foi o que entrou em voga a seguir: comer de tudo e ao extremo e ganhar o máximo possível de peso. Há sérios riscos em ganhar peso em demasia: a avaliação e a medida do feto se tornam mais difíceis; o excesso de peso sobrecarrega os músculos e causa dores nas costas, nas pernas, aumenta a fadiga e promove o aparecimento de varizes; o bebê, de tão grande, poderá dificultar ou impossibilitar o parto vaginal; se for necessária cirurgia, cesariana, por exemplo, poderá haver dificuldade e as complicações no pós-operatório se tornam mais comuns; e depois da gravidez poderá ser difícil eliminar o excesso de peso.

Embora a mulher com desmedido ganho de peso possa ter um bebê enorme, o ganho de peso da mãe e o peso do bebê nem sempre guardam relação. É possível ganhar 20 quilos e dar à luz um filho de 3 quilos somente ou, ao contrário, ganhar 10 quilos e dar à luz um bebê de 4. A qualidade do alimento que contribui para o ganho de peso é mais importante do que a quantidade.

O ganho de peso significativo e seguro para a gestante, em média, oscila entre 10 e 15 quilos; a mulher de estrutura física menor, pequena, caindo no valor inferior da variação de ganho e a de estrutura óssea maior, grande, no outro extremo dessa escala. Esse peso se dividiria em 3 a 4 quilos para o bebê e 7 a 12 quilos para a placenta, os seios, os líquidos e outros subprodutos (ver p. 184). Também assegura um retorno mais rápido ao peso pré-gestacional para a mãe.

A fórmula se modifica para mulheres com necessidades especiais. As mulheres que começam a gestação muito magras devem procurar ganhar peso o suficiente durante o primeiro trimestre, de modo a começarem o segundo já perto do peso ideal, pelo menos; e então deveriam visar adquirir os 10 a 15 quilos acima desse peso. As que começam a gravidez com 10% a 20% acima do peso ideal podem provavelmente e com segurança ganhar menos peso em média, embora só em uso de alimentos da melhor qualidade e só sob diligente supervisão médica. A gestação nunca é oportuna para se perder peso ou para mantê-lo, porque o feto não pode sobreviver às expensas das reservas de gordura da mãe, por só oferecerem-lhe calorias e não nutrientes.

As mulheres com gravidez gemelar poderão necessitar de um reajuste do ganho de peso a ser feito pelo médico. Embora esse ganho não seja duplicado para o caso de dois gêmeos ou triplicado para o caso de trigêmeos, aumenta de modo significativo — de 15 a 20 quilos para o caso de gêmeos e mais quando há mais de dois fetos.

O ritmo do ganho ponderal. A gestante, em média, deve ganhar aproximadamente uns 2 quilos durante o primeiro trimestre, e cerca de 500 gramas ou um pouco menos por semana, num total de

6 a 7 quilos durante o segundo trimestre. O ganho de peso deve continuar em torno de 500 gramas ou menos por semana durante o sétimo e o oitavo meses, e no nono mês cair para 500 gramas a 1 quilo — ou não perder peso nenhum — para um total de 4 a 5 quilos durante o terceiro trimestre.

Rara é a mulher que consegue acompanhar o ganho de peso precisamente segundo a fórmula ideal. E não faz mal flutuar um pouco — um ganho de 250 gramas numa semana, de 700 na seguinte. Mas a meta de todas deve ser a de manter o ganho de peso o mais constante possível, sem quaisquer oscilações bruscas, para mais ou para menos. Se você não ganhar peso algum durante duas semanas ou mais, entre o quarto e o oitavo mês, se você adquirir mais de um quilo e meio em determinada semana no segundo trimestre, ou se ganhar mais de 1 quilo em qualquer semana do terceiro trimestre, sobretudo se não parece que tal ganho tenha relação com o excesso de alimentação ou a ingestão excessiva de sódio, consulte o médico. Consulte-o também se não ganhar peso algum durante mais de duas semanas em seqüência.

Se achar que o seu ganho de peso se afastou muito do que fora planejado (por exemplo, se ganhar 7 quilos no primeiro trimestre em vez de um quilo e meio a dois, ou se ganhar 10 quilos no segundo trimestre em vez de 6), procure agir para que o ganho retorne ao pretendido, mas não tente mantê-lo no mesmo lugar. Com a ajuda do médico, reajuste o objetivo para incluir o excesso já alcançado (que não contribui para o desenvolvimento do bebê) e o peso que você ainda terá de alcançar (de que o bebê necessita). Tenha em mente que o bebê requer um aporte constante e diário de nutrientes durante a gravidez. Observe a dieta com atenção, mas nunca faça "dieta". Controle o peso desde o início e assim nunca terá de pôr o bebê de dieta só para que você não fique obesa demais.

Distribuição do Ganho Ponderal

(Valores Aproximados)

Bebê	3.500 g
Placenta	700 g
Líquido amniótico	800 g
Crescimento uterino	1.000 g
Tecido mamário materno	500 g
Volume sangüíneo materno	1.100 g
Líquidos nos tecidos maternos	1.400 g
Gordura materna	3.200 g
Total (média)	12.200 g, ou um ganho ponderal total de aproximadamente 12 quilos

8

O Quarto Mês

A Consulta

O obstetra vai verificar, entre outros elementos, dependendo de seu estilo e das necessidades da gestante, os seguintes:[1]

- Peso e pressão arterial
- Urina (açúcar e proteína)
- Batimento cardíaco fetal
- Tamanho do útero, pela palpação externa
- Altura do fundo (alto do útero)
- As mãos e os pés da gestante para surpreender edema (inchação), e as pernas pela possibilidade de varizes
- Os sintomas apresentados, sobretudo os incomuns
- Perguntas e problemas que a gestante queira esclarecer — levar uma lista pronta

Os Sintomas Comuns

Os sintomas variam: há quem os sinta a todos, há quem sinta só alguns. Uns persistem desde o mês anterior, outros só aparecem agora. Existem ainda sintomas pouco comuns que a gestante pode apresentar.

Físicos:

- Fadiga
- Redução da freqüência urinária
- Fim ou redução da náusea e do vômito (em algumas gestantes a náusea persiste; em muito poucas só agora começa)

[1] Consultar o Apêndice para a explicação sobre os procedimentos e os exames realizados.

- Prisão de ventre
- Azia, dispepsia, gases, inchação abdominal
- Os seios continuam a aumentar de tamanho, mas em geral diminuem a dor ao toque e o intumescimento
- Dores de cabeça esporádicas
- Desmaio e tonteira ocasionais, principalmente devido a súbita mudança de posição
- Congestão nasal com sangramento ocasional; entupimento dos ouvidos
- Sangramento nas gengivas
- Aumento do apetite
- Leve inchação dos tornozelos e dos pés, às vèzes do rosto e das mãos
- Varizes nas pernas e/ou hemorróidas
- Discreta secreção vaginal esbranquiçada (leucorréia)
- Aparecimento dos movimentos fetais ao fim do mês (mas só se a gestante for muito magra ou se não for a primeira gestação)

EMOCIONAIS:

- Instabilidade comparável à da síndrome pré-menstrual, que pode englobar irritabilidade, oscilações de humor, irracionalidade, choro fácil
- Alegria e/ou apreensão — se você começou enfim a sentir-se grávida

O ASPECTO FÍSICO NO QUARTO MÊS

Pelo fim do quarto mês, o feto de 10 cm, agora nutrido pela placenta, começa a desenvolver reflexos — sugar, deglutir. O crescimento do corpo começa a superar o da cabeça. Surgem os brotos dentários; os dedos e artelhos se mostram bem definidos. Embora de aspecto humano, ele não consegue sobreviver fora do útero.

- Frustração — se ainda não se sente grávida, mas as roupas já não servem mais e as de grávida ainda são muito folgadas
- A gestante pode não se sentir inteira: dispersiva, esquecendo coisas, deixando-as cair, dificuldade de concentração

AS PREOCUPAÇÕES COMUNS

PRESSÃO ALTA (HIPERTENSÃO ARTERIAL)

"Em minha última consulta, a médica me disse que minha pressão estava um pouco alta. Al fiquei preocupada."

Preocupar-se com a pressão arterial só vai fazê-la subir ainda mais, e um ligeiro aumento numa única consulta provavelmente não significa nada demais. Talvez você só esteja nervosa, ou então estava atrasada para o compromisso e correu demais, ou talvez ainda estivesse preocupada com o último relatório no final do expediente. Se a pressão tivesse sido medida no dia seguinte, ou mesmo depois no mesmo dia, poderia muito bem ter-se revelado normal. Mas como é muitas vezes difícil determinar a causa de uma elevação em leitura isolada, a médica talvez a aconselhe a relaxar até a próxima consulta.

Se a pressão continuar elevada, porém, talvez você se encontre entre os 1% e 2% de gestantes que desenvolvem hipertensão arterial transitória durante a gravidez. Esse tipo de hipertensão é perfeitamente inócuo, tanto quanto se saiba, e desaparece depois do parto.

O que se considera pressão normal durante a gravidez varia bastante durante os nove meses. A leitura preliminar (a que é normal para você) é determinada na primeira consulta do pré-natal. Em geral, a pressão declina um pouco durante os meses seguintes. Mas ao aproximar-se o parto, lá pelo sétimo mês, costuma elevar-se um pouco.

Durante o primeiro ou o segundo trimestre, se a pressão sistólica (o número superior) se elevar em 30 mmHg ou se a pressão diastólica (o número inferior) se elevar em 15 mmHg em relação à primeira leitura, e assim permanecer durante pelo menos duas leituras feitas a intervalo de seis horas no mínimo, justifica-se a observação diligente e, possivelmente, o tratamento. No terceiro trimestre, o tratamento costuma ser iniciado tão-somente se houver elevação superior a esta.

Se tal elevação da pressão arterial se acompanhar de repentino ganho de peso (mais de 1 quilo e meio numa semana no segundo trimestre, ou mais de 1 quilo numa semana no terceiro), de edema acentuado (inchação por retenção de água), sobretudo das mãos, do rosto e dos tornozelos, e/ou de proteína na urina,[3] o problema poderá ser o da pré-eclâmpsia (também chamada de hipertensão induzida pela gravidez — p. 396). Em mulheres que recebem atendimento médico regular, essa condição é em geral diagnosticada antes de evoluir para sintomas mais graves, entre os quais: borramento da visão, dor de cabeça, irritabilidade e dor gástrica. Se você experimentar qualquer um dos sintomas de pré-eclâmpsia, chame imediatamente o médico (ver p. 240).

AÇÚCAR NA URINA

"Na última consulta a obstetra me disse que havia açúcar na urina. Ela disse para eu não me preocupar, mas estou convencida de que estou com diabetes."

Siga o conselho da médica — não se preocupe. Uma pequena quantidade

[3]Ver Apêndice para a explicação sobre proteína na urina.

de açúcar na urina em determinada ocasião durante a gravidez não a torna diabética. Provavelmente, seu corpo está apenas fazendo o que deve: garantindo ao feto, que depende do aporte de combustível da gestante, a glicose suficiente (açúcar).

Como é a insulina que regula o teor de glicose no sangue e assegura-lhe o aporte necessário às células do corpo, a gestação desencadeia a atividade de mecanismos antiinsulínicos para garantir que o açúcar vai continuar circulando pelo sangue para nutrir o feto. A idéia é perfeita, mas nem sempre funciona perfeitamente. Às vezes, o efeito antiinsulínico é tão acentuado que deixa no sangue açúcar em quantidade acima da suficiente para atender às necessidades da mãe e da criança — quantidade maior do que a capaz de ser manipulada pelos rins. O excesso é expelido na urina. Assim, a presença de "açúcar na urina" é explicada — ocorrência não incomum na gestação, especialmente no segundo trimestre, quando aumenta o efeito antiinsulínico. Na verdade, aproximadamente metade das mulheres grávidas apresentam uma certa quantidade de açúcar na urina em algum momento da gravidez.

Na maioria das mulheres, o corpo reage a um aumento do teor de açúcar do sangue estimulando a produção de insulina, que em geral eliminará o excesso de açúcar por ocasião da próxima consulta. Talvez esse seja o seu caso. Mas algumas mulheres, sobretudo as diabéticas, ou aquelas com tendência ao diabetes, podem ser incapazes de produzir insulina o suficiente em determinado momento para manipular a elevação do açúcar sérico, ou podem ser incapazes de usar a insulina que produzem de forma eficiente. De qualquer forma, essas mulheres continuarão a mostrar um teor elevado de açúcar, quer no sangue, quer na urina. Nas que previamente não eram diabétidas, diz-se que desenvolveram diabetes gestacional.

Se aparecer açúcar na urina em sua próxima consulta, talvez o médico prefira submetê-la a um exame do açúcar no sangue (glicemia) e a um teste de tolerância à glicose, exame este que reflete com precisão a resposta do organismo ao açúcar na corrente circulatória e identifica as pessoas com diabetes. Entre os sintomas que podem sugerir o diabetes gestacional estão: fome e sede pronunciadas; micção freqüente, mesmo no segundo trimestre; infecções vaginais por monília (monilíase vaginal) recidivantes; e aumento da pressão arterial.

Cerca de 1% a 2% das gestantes (há estimativas que apontam 10%) desenvolvem esta condição — que provavelmente poderia ser denominada de "intolerância gravídica aos carboidratos" e não de "diabetes gestacional" — que a transforma na mais comum complicação da gravidez e tem conotação alarmante. Por ser muito comum, a maioria dos médicos pede hoje a dosagem de açúcar no sangue (glicemia) rotineiramente, entre a 24ª e a 28ª semana de gestação. As futuras mamães de risco mais elevado são testadas antes e com mais freqüência. Entre elas estão as com mais idade (a tendência ao diabetes aumenta com a idade) e as com história familiar de diabetes melito; aquelas com história de açúcar na urina durante a gravidez ou com intolerância à glicose fora da gravidez[3]; as obesas, que nasceram com grande peso (mais de 4,5 quilos) ou que tiveram um ou mais filhos com grande peso; e, por fim, aquelas com má história obstétrica (prévio diabetes gestacional, toxemia, infecção urinária recidivante, excesso de líquido amniótico, aborto recorrente, filho com anomalia congênita).

[3]As mulheres com anormalidade da glicose no sangue, mas com prova de tolerância à glicose normal, ainda correm o risco de terem bebês grandes. Talvez lhes convenha controlar bem a dieta. Se você tiver alteração da glicose no sangue, consulte o médico.

Embora as futuras mamães diabéticas e seus filhos se encontrassem durante muito tempo em risco, graças à medicina moderna esse não é mais o caso. Quando o açúcar é controlado de forma diligente mediante dieta e, quando necessário, medicamentos, as mulheres com diabetes podem ter gravidez normal e filhos sadios. Caso você desenvolva diabetes gestacional, consulte as pp. 370 e 395.

As anormalidades glicêmicas desaparecem depois do parto em cerca de 97-98% das portadoras de diabetes gestacional. Entretanto, em algumas dessas mulheres, sobretudo nas obesas, o diabetes pode se manifestar noutro período da vida. Para reduzir esse risco, as que têm diabetes gestacional devem seguir algumas medidas preventivas: consulta médica regular, manter o peso ideal, cultivar boa dieta e bons hábitos de exercício, conhecer os sintomas da doença para que sejam prontamente comunicados ao médico.

ANEMIA

"Uma amiga minha ficou anêmica durante a gravidez. Como saber se tenho anemia, e como prevenir-la?"

À medida que o volume de sangue aumenta durante a gravidez, a quantidade de ferro necessária para produzir hemácias também cresce, gradualmente. Como nem todas as gestantes obtêm o ferro de que necessitam, quase 20% sofrem de deficiência desse elemento. Felizmente, a anemia ferropriva é corrigida com facilidade — na maioria dos casos a simples dieta variada e nutritiva e o uso de complemento de ferro resolvem o problema.

O exame de sangue para identificar a anemia é feito na primeira consulta pré-natal, embora sejam poucas as mulheres que a apresentem nesse primeiro momento. Algumas mulheres engravidam já com a afecção (comum durante o período fértil por causa das perdas menstruais). Mas com a concepção e o fim da menstruação, as reservas de ferro são repostas — se a ingestão diária for suficiente. A manifestação da anemia costuma ocorrer até a 20ª semana de gestação (quando o volume de sangue materno e o feto em crescimento aumentam de modo significativo as necessidades de ferro).

Quando a deficiência é branda, pode não ocorrer qualquer sintoma, mas se as hemácias, que veiculam o oxigênio, sofrerem maior depleção, a mãe começará a exibir sintomas: palidez, fadiga extrema, fraqueza generalizada, palpitações, falta de ar e inclusive episódios de desmaio. Podemos ter aí um dos poucos casos em que as necessidades do feto são atendidas antes das da mãe, já que o filho da mãe anêmica dificilmente apresenta anemia ferropriva ao nascer. Entretanto, há provas, ainda inconclusivas, de que os bebês de mães anêmicas que não fazem uso de complemento de ferro exibem um risco um pouco maior de baixo peso ao nascimento ou de prematuridade.

Embora as gestantes sejam suscetíveis à anemia ferropriva, certos grupos exibem risco mais elevado: as que tiveram vários filhos em sucessão rápida, as com gravidez gemelar, as que sofrem de vômitos freqüentes os que comem pouco por causa de náusea, e as que engravidaram em estado de subnutrição ou/e que se alimentaram mal desde a concepção. Não surpreende que as mulheres de baixa renda caiam nessa categoria muitas vezes, o que as torna muito mais propensas do que as de média renda ou de renda superior.

Para prevenir esse tipo de anemia, costuma-se recomendar que a gestante faça uso de dieta rica em ferro (ver p. 122). Mas como é difícil, ou mesmo impossível, assegurar o aporte de ferro só através da dieta, recomenda-se prescrever a complementação de 30 mg diários (ver p. 116). A maior complementação, em geral mais 30 mg, é recomendada

quando se diagnostica a anemia ferropriva.

Às vezes, quando se exclui a deficiência marcial como causa de anemia na gestação, podem ser necessários exames para identificação de outros tipos de anemia — anemia por deficiência de ácido fólico, anemia falciforme, talassemia e assim por diante.

FALTA DE AR

"Às vezes sinto muita falta de ar. Será por causa da gravidez?"

Provavelmente. Muitas gestantes experimentam leve falta de ar no início do segundo trimestre. Uma vez mais, estão em atividade os hormônios gestacionais. Causam edema dos capilares das vias respiratórias e da mesma maneira dilatam outros capilares do corpo, ao mesmo tempo em que relaxam a musculatura pulmonar e brônquica. Com o evoluir da gravidez, entra outro fator em cena: torna-se mais difícil encher os pulmões de ar porque o útero em crescimento comprime o diafragma, tornando mais difícil a expansão pulmonar. Essa falta de ar é normal.

Já a falta de ar mais intensa, por outro lado, sobretudo quando a respiração é acelerada, e os lábios e as pontas dos dedos parecem ficar azulados, e/ou manifesta-se dor torácica ou pulso acelerado, pode significar problema mais sério. Requer a consulta imediata ao médico ou a ida a um pronto-socorro.

ESQUECIMENTO

"Na semana passada saí de casa sem a bolsa; hoje de manhã me esqueci de um importante encontro profissional. Não consigo me concentrar em nada. Acho que estou ficando maluca."

Você não está sozinha. Muitas gestante acham que, à medida que a barriga cresce, o cérebro vai se deteriorando. Mesmo as mais organizadas muitas vezes se descobrem esquecendo compromissos, sentindo dificuldade de concentração e perdendo a tranqüilidade. Felizmente esta "síndrome cerebral" (como a "síndrome pré-menstrual") é passageira. Assim como muitos outros sintomas, esse se deve a alterações hormonais decorrentes da gravidez.

Ficar tensa por causa dessa turvação intelectual só faz piorar as coisas. Para melhorá-la é preciso reconhecer que isso é normal, aceitando com senso de humor. Também convém reduzir o estresse da vida o mais possível (ver p. 147). Talvez não seja tão fácil quanto fazer um bebê (nisso você teve ajuda). Mas para evitar o caos mental, convém fazer um inventário, informal ou por escrito, em casa e no trabalho (recorrendo a ele ao sair de casa e ao sair do trabalho). Isso também ajuda você a não cometer erros perigosos — esquecer de fechar a porta, apagar o gás antes de sair de casa etc.

E talvez também convenha você se habituar a trabalhar com um pouco menos de eficiência. A situação pode se estender mesmo pelas primeiras semanas depois do nascimento do bebê (pela fadiga, não pelos hormônios). Talvez só desapareça por completo quando o bebê já dormir uma noite inteira.

TINTURA DE CABELO E PERMANENTES

"Como se já não bastassem os quilos a mais, meus cabelos começaram a perder todo o volume. É seguro fazer um permanente?

Embora o ventre grávido seja o efeito físico mais evidente do feto sobre a mãe, não é o único. As alterações são evidentes em todas as partes — das pal-

mas das mãos (que podem ficar avermelhadas temporariamente) ao interior da boca (as gengivas podem inchar e sangrar). O cabelo não é exceção. Pode mudar para melhor (quando o cabelo desbotado, opaco, adquire de repente um brilho luminoso) ou para pior (quando o cabelo perde toda a vitalidade).

Habitualmente, um permanente ou ondas seriam a resposta certa ao cabelo que apresenta má ondulação, mas não durante a gravidez. Em primeiro lugar, o cabelo reage de forma imprevisível à ação dos hormônios gravídicos; o permanente pode não persistir, ou então dar um penteado antiestético de ondas exageradas. Em segundo lugar, as soluções químicas usadas nos permanentes são absorvidas pelo couro cabeludo e chegam à corrente circulatória, levantando a questão de sua segurança durante a gravidez. Até aqui, as pesquisas dos efeitos dessas substâncias sobre o feto são muito tranqüilizadoras: não se encontrou elo entre o uso de permanente e o desenvolvimento de anomalias congênitas. Mas como se fazem necessárias outras pesquisas antes dessas substâncias serem completamente exoneradas, a boa cautela pode exigir certa "lisura" até depois do parto. Não fique preocupada, entretanto, com o permanente já feito — o risco é apenas teórico, e por certo não representa perigo algum. (O mesmo pode ser dito dos amaciantes e dos xampus anticaspa. Evite usá-los de agora em diante, mas não se preocupe com seu uso prévio.)

A boa nutrição pode ajudar a revitalizar os cabelos, a dar-lhes brilho: certos xampus e os ferros de frisar os cabelos podem ajudar nessa revitalização. Mas é bem provável que o seu cabelo piore mais e mais durante a gestação. Portanto, convém mudar para um penteado que não exija muito volume — corte curto, ou rente, por exemplo.

"Fui ao cabeleireiro para pintar meu cabelo, o que faço a cada três meses. Fiquei horrorizada ao ouvir uma amiga dizer que as tinturas de cabelo causam anomalias congênitas. O que devo fazer?"

Relaxe. Conforme acontece com os permanentes, não há provas concretas de que os corantes de cabelo causem anomalias congênitas. Como o risco é apenas teórico, não há por que se preocupar com as aplicações que você já tenha feito. Mas como é prudente ser um pouco mais cautelosa durante a gestação, pelo menos quando essa prudência é possível ou viável, talvez seja melhor adiar a próxima ida ao cabeleireiro até o parto.

Se você estiver disposta a "esconder os cabelos brancos" e quiser ser cautelosa ao mesmo tempo, peça ao cabeleireiro para usar corantes de plantas puras.

SANGRAMENTO E ENTUPIMENTO NASAL

"Meu nariz tem ficado sempre congestionado e às vezes sangra sem motivo. Estou preocupada porque o sangramento pode ser um sinal de doença."

A congestão nasal, muitas vezes acompanhada por sangramento, é queixa comum durante a gravidez, provavelmente devida ao elevado teor de estrogênios e progesterona no corpo, aumentando o fluxo de sangue para as membranas mucosas do nariz, fazendo-as amolecer e intumescer — em grande medida à semelhança do que ocorre à cérvice em preparação para o parto.

Você pode esperar pela piora do entupimento e não por sua melhora — que só ocorrerá depois do parto. É possível ocorrer também corrimento pós-nasal, causando tosse e engasgos noturnos. Não usar medicamentos ou *spray* nasal para

combater o problema (exceto quando prescrito pelo médico).

A congestão e o sangramento são mais comuns nos meses de inverno, sobretudo nas regiões mais frias, em que certos sistemas de aquecimento propelem ar quente e seco para dentro de casa, ressecando as delicadas passagens nasais. O uso de umidificador ajuda a atenuar o problema. Pode-se também tentar lubrificar as narinas com vaselina.

Tomar mais uns 250 mg de vitamina C (com a aprovação do médico), além dos alimentos ricos em vitamina C necessários, pode ajudar a fortalecer os capilares e a reduzir as chances de sangramento. (Mas nunca tomar megadoses da vitamina.)

Às vezes o sangramento nasal se segue a um assoar mais vigoroso. Assoar o nariz corretamente é uma arte, que a leitora pode dominar com perfeição: em primeiro lugar, feche delicadamente uma das narinas com o polegar, em seguida faça sair o ar com muco pela outra. Repetir alternadamente até conseguir respirar pelo nariz.

Para deter o sangramento nasal, sente-se com o tronco inclinado para a frente e, respirando pela boca, prenda as narinas com o polegar e o indicador durante 5 minutos. Repita a manobra se o sangramento continuar. Se depois de três tentativas o problema prosseguir ou se o sangramento for muito freqüente ou maciço, chame o médico.

ALERGIAS

"As minhas alergias parecem ter piorado desde que começou a gestação. Meu nariz fica escorrendo e meus olhos lacrimejam a toda hora."

Talvez a leitora esteja confundindo a congestão normal do nariz durante a gravidez com alergia. Ou, embora algumas mulheres de sorte encontrem alívio temporário durante este período, a gravidez pode ter de fato agravado suas alergias. Se for este o caso, verifique com o médico o que poderá ser usado com segurança para aliviar os sintomas. Alguns anti-histamínicos e outros agentes se afiguram de uso relativamente seguro durante a gravidez (o seu medicamento pode não ser um destes). Entretanto, como as provas de segurança não são absolutamente conclusivas, medicamentos só devem ser usados quando os outros recursos falharem. Se a secreção nasal é intensa e espessa ou são muitos os espirros, convém aumentar a ingestão de líquidos para compensar possíveis perdas e para fluidificar as secreções.

Em geral, no entanto, o melhor enfoque para enfrentar as alergias durante a gestação é o preventivo — evitando-se a substância ou as substâncias agressoras, desde que se saiba quais são:

- Se são os polens e outros alérgenos externos que a incomodam, permaneça dentro de casa, em ambiente com ar-condicionado e filtrado durante as estações típicas sempre que puder. Lave as mãos e o rosto ao chegar em casa e use óculos escuros curvos e grandes para evitar o contato dos olhos com os polens.

- Se o problema surge com a poeira, peça a outra pessoa para tirar o pó e varrer a casa. O aspirador de pó, o pano de chão e a vassoura recoberta com pano de chão úmido levantam menos poeira do que a vassoura comum, e os panos de chão de material absorvente levantam menos que os espanadores de penas. Afaste-se de lugares bolorentos como sótãos e bibliotecas cheias de livros velhos. Peça a alguém para retirar da sua casa as coisas que acumulam pó, como cortinas e tapetes.

- Se você for alérgica a certos alimentos, evite-os, mesmo que sejam reco-

mendados para gestantes. Consultar a Dieta Ideal (p. 109) para substitutos.

- Se os animais desencadeiam as crises de alergia, deixe as amigas saberem antecipadamente do problema para que tirem os animais domésticos da sala (e seus pêlos) antes da visita. E, naturalmente, se o seu próprio animal de estimação estiver lhe provocando uma crise alérgica, tente manter algumas áreas da casa (principalmente o seu quarto) sem a presença do animal.

- A alergia à fumaça de cigarro é mais fácil de controlar hoje porque menor número de pessoas fuma e a maioria dos fumantes obedece quando se lhes pede para não fumar. Para abrandar a alergia, e também para o benefício do bebê, você deveria evitar exposição à fumaça de cigarro, cachimbo e charuto. Não se acanhe em dizer: "Sim, me incomodo muito se você fumar."

SECREÇÃO VAGINAL

"Tenho percebido um pequeno corrimento vaginal, bem fino e esbranquiçado. Receio estar com uma infecção."

A secreção fina, leitosa, com cheiro leve (leucorréia), é normal durante a gravidez. É muito semelhante à secreção que muitas mulheres apresentam antes do período menstrual. Como aumenta à medida que se aproxima o final da gestação e pode se tornar bastante intensa, algumas mulheres acham mais cômodo usar absorventes durante os últimos meses de gravidez. Não use absorventes internos, os quais poderiam introduzir germes indesejados na vagina.

Além de ofender a sensibilidade estética (e possivelmente a do marido — que pode desistir do sexo oral pelo sabor e o cheiro incomuns), nada mais causa e não deve ser motivo de preocupações. É importante manter a região genital limpa e seca; as calcinhas de algodão ou revestidas de algodão ajudam neste sentido. Evite roupas apertadas também. Enxágüe bem a área vaginal depois de ensaboá-la durante o banho e evite o contato com desodorantes, espumas de banho ou perfumes.

Não use duchas, entretanto, salvo quando prescritas pelo médico. (Mesmo assim, *nunca use seringa* como as das variedades descartáveis, a fim de reduzir o risco de introduzir ar na vagina, provocando uma embolia de ar.)

Se a secreção vaginal for amarelada, esverdeada ou espessa e caseosa, de odor fétido, ou se vier acompanhada de queimação, prurido, vermelhidão ou inflamação — é provável que seja infecção. Notifique o médico para que seja tratada (provavelmente com supositórios vaginais, ou gel, pomada ou creme, introduzidos com aplicador). Infelizmente, embora a medicação possa eliminar a infecção temporariamente, muitas vezes fica retornando até o parto. Não obstante possa não exigir novo tratamento, a vaginite simples não é causa de preocupação e não cria risco para o bebê.

Se a vaginite for causada por monília, um fungo, o médico terá o cuidado de tratá-la com medicação para que você não a transmita ao bebê durante o parto (sob a forma de sapinho, uma micose da boca) — embora essa infecção não seja perigosa para o recém-nascido e seja facilmente tratável.

Talvez você consiga acelerar a recuperação e prevenir a reinfecção através de limpeza escrupulosa, sobretudo depois de ir ao banheiro (limpar-se sempre da frente para trás) e depois de seguir a Dieta Ideal — dando atenção especial ao consumo de açúcar refinado, que ajuda a criar solo fértil para os microorganismos infecciosos. Pesquisas recentes indicam que o consumo diário de uma xícara de iogurte que contenha cultura acidófila de lactobacilos vivos (verifique

o rótulo) é capaz de reduzir o risco de infecção vaginal de forma extraordinária.

Se a infecção for das sexualmente transmissíveis, recomenda-se evitar as relações sexuais e outros contatos sexuais até que marido e mulher estejam livres da infecção. Os preservativos (camisinhas) podem estar indicados durante seis meses depois de eliminada a infecção. Para prevenir nova infecção, convém ter cuidado para se evitar a transferência de germes do ânus para a vagina (com os dedos, o pênis ou a língua).

MOVIMENTOS FETAIS

"Ainda não senti o bebê se mexer: será que tem alguma coisa errada? Ou sou eu que não identifico os chutes?"

Os movimentos fetais podem ser grande fonte de alegria durante a gestação, e a sua falta, a principal causa de ansiedade. Mais do que o teste de gravidez positivo, o ventre em expansão, ou mesmo o som dos batimentos cardíacos fetais, os movimentos fetais são prova definitiva de que um novo ser vivo cresce dentro da gestante. Sua ausência fomenta o medo aterrador de que o novo ser vivo talvez não esteja se desenvolvendo.

Embora o embrião comece a apresentar movimentos espontâneos por volta da 7ª semana, tais movimentos só são percebidos pela mãe bem mais tarde. A primeira sensação momentânea de que há vida, os primeiros movimentos percebidos, poderá ocorrer entre a 14ª e a 26ª semana, embora em geral mais por volta da 18ª à 22ª semana. Variações nesses valores médios são comuns. A mulher que já teve um bebê antes tem mais probabilidade de reconhecer os movimentos mais precocemente (por saber o que esperar e porque sua musculatura fácil perceber um chute) do que as que esperam pela primeira vez. A mulher muito magra pode percebê-los bem cedo, apesar de débeis, enquanto a obesa talvez só os note quando ficarem bem mais vigorosos.

Às vezes a primeira percepção dos movimentos é retardada um pouco por erro no cálculo da data provável do parto. Ou ainda porque a mulher não os reconheceu ao senti-los.

Ninguém poderá dizer à gestante que espera o primeiro filho exatamente quando deve esperar senti-los; cada gestante poderá descrevê-los de forma diferente. Talvez a descrição mais comum seja a de uma "vibração no abdome". Mas os primeiros movimentos fetais são por vezes descritos como uma "torção", um "ruído no estômago", "um chute no estômago", "uma bolha estourando" ou "como ser virada de cabeça para baixo em brinquedo de parque de diversões". Não raro são confundidos com gases ou com os roncos de fome. Conta-nos uma mulher: "Achei que estava com um inseto na minha blusa, mas quando fui tirá-lo percebi que era o bebê se mexendo."

Apesar de não ser incomum não perceber os movimentos do feto até a 20ª semana ou mais, o obstetra talvez peça uma ultra-sonografia para verificar as condições do bebê, se a gestante até então nada tiver sentido — e se ele não conseguir provocar reação fetal através de estimulação — por volta da 22ª semana. Se o batimento cardíaco fetal for vigoroso, contudo, e tudo o mais parece evoluir normalmente, ele poderá esperar um pouco mais para fazer o exame.

"Senti uns pequenos movimentos todos os dias na semana passada, mas ainda não senti nada hoje. Será que há algo de errado?"

A ansiedade pela expectativa dos primeiros movimentos fetais é muitas

movimentos fetais não tenham a freqüência suficiente, ou de que não sejam percebidos por um momento. A essa altura da gravidez, entretanto, essas ansiedades, embora compreensíveis, costumam ser desnecessárias. A freqüência dos movimentos perceptíveis pode variar muito a essa altura; o padrão dos movimentos é, na melhor das hipóteses, aleatório. Embora o feto seja ativo quase que constantemente, só alguns desses movimentos são vigorosos o suficiente para que sejam percebidos. Outros podem passar despercebidos por causa da posição fetal (quando ele se volta e chuta para trás, por exemplo, e não para a frente). Ou por causa da própria atividade da mãe (quando caminha ou se movimenta muito, o feto pode adormecer; ou talvez esteja acordado, mas você esteja muito ocupada para perceber-lhe os movimentos). Também é possível que você esteja dormindo durante os períodos mais ativos do bebê — os quais muitas vezes se dão no meio da noite.

Uma forma de provocar a movimentação fetal quando não se percebeu nenhuma durante o dia inteiro é deitar durante uma ou duas horas ao anoitecer, preferivelmente depois de um copo de leite ou de alguma outra refeição; a combinação da sua inatividade e o sobressalto da energia alimentar podem fazer com que o feto se movimente. Se isso não funcionar, tente novamente depois de algumas horas, mas não se preocupe. Muitas mães não percebem qualquer movimento durante uns dois dias seguidos, ou mesmo durante três ou quatro, antes da 20ª semana. Daí em diante, embora não haja necessidade para se entrar em pânico, é provavelmente uma boa idéia chamar o médico para a própria tranqüilidade se se passarem 24 horas sem atividade fetal perceptível (presumindo, naturalmente, que a movimentação já tenha iniciado).

Depois da 28ª semana, os movimentos fetais se tornam mais consistentes, e as pesquisas mostram que é uma boa idéia as mães checarem por hábito a atividade fetal diária (ver p. 237).

O ASPECTO FÍSICO DA GESTANTE

"Fico deprimida quando me olho num espelho ou subo numa balança — estou tão gorda."

Numa sociedade obcecada pela magreza como a nossa, onde os que conseguem pinçar uma dobra de gordura na pele se desesperam, o ganho de peso durante a gestação não raro se torna fonte de depressão. Não devia. Há uma diferença importante entre os quilos adquiridos sem um bom motivo (força de vontade extraviada) e os quilos pelos melhores e mais belos motivos: a criança e o sistema de apoio a ela que medram no seu interior.

Não obstante, aos olhos de muitos espectadores a gestante não é apenas bonita por dentro, mas por fora também. Muitos casais consideram a configuração roliça da gestante uma das mais adoráveis formas femininas — e das mais sensuais.

Na medida em que a gestante estiver comendo acertadamente e não ultrapassar os limites recomendados para o ganho do peso durante a gestação (ver p. 182), não há por que se sentir "gorda" — só grávida. Os quilos a mais que você agora percebe são subprodutos legítimos da gestação e desaparecerão rapidamente depois que o bebê nascer. Se, contudo, a gestante estiver ultrapassando aqueles limites, a frustração depressiva não a impedirá de ficar ainda mais gorda (e poderá até mesmo fazer aumentar o apetite), embora a observância cuidadosa da dieta possa. Lembre-se, contudo, que fazer dieta para perder ou manter o peso durante a gravidez é hábito de grande risco. Nunca elimine as exigências da Die-

ta Ideal por receio de ganhar muito peso.

Observar o ganho de peso não é a única maneira de se melhorar a aparência. O uso de roupas mais largas também ajuda; prefira as roupas próprias para gestante e não tente se espremer nas roupas de antes da gravidez que já não lhe sirvam mais (ver adiante). Você também gostará mais de sua imagem ao espelho se usar um corte de cabelo de fácil manuseio (um que não requeira um permanente; ver p. 190), se você cuidar da sua aparência e se dedicar tempo suficiente à maquiagem, caso costume usá-la rotineiramente.

ROUPA PARA GESTANTES

Nunca foi tão fácil para a gestante se manter na vanguarda da moda contemporânea. Já se foram os dias dos vestidos discretos, do conjunto de malha bem-comportado. Hoje, a gestante não só usa roupas mais práticas e mais interessantes de se olhar, como também pode variar muito mais nas peças e nas cores, chegando às vezes a usar a mesma roupa mesmo depois de recuperar a antiga forma.

Ao sair para comprar roupas próprias para a gestação, considere os seguintes itens:

- Você ainda vai crescer um bocado (em largura). Não vá dar uma de gestante consumidora logo no primeiro dia em que não conseguir abotoar o *jeans*. As roupas para gestantes podem custar caro, principalmente se você considerar o curto período de tempo em que serão usadas. Portanto, seja moderada nas compras: consuma na medida do necessário (depois de verificar o que pode usar em seu guarda-roupa, talvez acabe descobrindo que precisava menos do que imaginava). Embora você possa na própria loja ou butique ter uma boa idéia de como as roupas vão assentar depois, será difícil prever a forma de sua barriga (alta, baixa, grande, pequena) e a roupa que hoje não cai bem poderá ser no futuro a mais confortável de usar, quando o conforto se tornar um elemento da maior importância.

- Você não precisa se limitar às roupas próprias à gravidez. Se qualquer outra roupa vestir bem, use-a, mesmo que não tenha sido feita para grávida. É essa roupa, ou a que você já tem, que vai lhe ajudar a poupar dinheiro. Dependendo do que os estilistas recomendem para determinada estação, qualquer coisa que encontre nas prateleiras e cabides das lojas comuns poderá assentar muito bem em seu corpo de grávida. Mas evite desperdiçar o seu dinheiro. Embora você adore as roupas neste momento, poderá gostar delas bem menos depois de usá-las durante a gravidez; no puerpério, o impulso poderá ser grande para jogá-las fora, como costuma acontecer com roupas assim.

- O seu senso pessoal de estilo conta, mesmo quando está grávida. Se você for consumidora de um estilo definido, bem a seu gosto, não comece a pensar em batas douradas, cheias de babados. Embora a imagem tradicional da senhora que espera um filho possa lhe seduzir por um ou dois meses, dificilmente a seduzirá por mais tempo: é bem provável que a roupa não fique em *moda* bem antes de você ter ímpetos de jogá-la fora. E obrigando-a a enfrentar roupas pelo resto da gestação que você despreza.

- Os acessórios merecem um papel muito relevante. Quando você não está grávida, os acessórios lhe dão um toque de elegância. Durante a gravidez, são essenciais. O realce de uma echar-

pe, de um par de brincos exóticos, de meias metalizadas brilhantes, inclusive de um par de tênis de cores vivas, compensará muitas das concessões inevitáveis à moda que as gestantes terão de fazer.

- Entre os mais importantes acessórios estão os que as pessoas nunca vêem: a *lingerie*. O sutiã que acomoda e segura o seio é vital na gravidez. Os comuns servem, desde que tenham laterais largas e alças reforçadas. Com sorte, a vendedora a ajudará. Mas não faça estoque: compre apenas dois (um para usar e outro para lavar). Quando o volume dos seios aumentar, compre outros.

  Também as outras peças de *lingerie* não precisam ser especiais. As calcinhas devem ser substituídas por peça maior, com cós alto, desde que você possa usar *sob* a barriga. Escolha a sua cor favorita e o tecido mais sensual que encontrar, mas confira o reforço, deve ser sempre de algodão.

- Um grande amigo da gestante pode ser o guarda-roupa do marido. Está bem aí junto de você para ser usado (embora seja boa idéia perguntar se pode primeiro): as camisetas e as camisas comuns bem grandes que parecem grandes demais sobre a calça ou sob a jaqueta (tente prendê-las com um cinto *sob* a barriga para criar uma silhueta interessante), a calça folgada, larga, bem mais larga do que a sua, o *short* que aceitará a sua cintura pelo menos por mais alguns meses, o cinto com uns furos a mais do que os seus.

- Aceite os empréstimos. Aceite todas as ofertas de roupas usadas para grávidas, mesmo que não façam o seu estilo. É fácil tornar mais "sua" a peça emprestada — use acessórios. Ao terminar a gravidez, passe adiante as roupas que você não vai mais usar; você e suas amigas estarão economizando dinheiro dessa forma.

- Os tecidos "que não respiram" (como o *nylon* e outros sintéticos) não vão "cair bem" em você. Como o seu ritmo metabólico é mais acelerado que o habitual, deixando-a mais "quente", você vai sentir-se melhor com peças de algodão. Roupas largas, cores claras, ajudarão você a não sentir o incômodo do calor. As meias de cano curto são mais confortáveis que as de cano longo, mas evite as que têm barra elástica apertada. Em tempo frio, o uso de peças de roupa sobrepostas é o ideal: tire peça por peça ao entrar em ambiente fechado e quente.

A REALIDADE DA GRAVIDEZ

"Agora que minha barriga está crescendo, finalmente percebo que estou de fato grávida. Apesar de termos planejado a gravidez, de repente me sinto com medo, aprisionada pelo bebê — até contra ele."

Mesmo os casais grávidos mais ansiosos pela gestação poderão se surpreender (e ficar cheios de culpa) ao começar a gravidez a tornar-se uma realidade. Um pequeno intruso invisível de repente se imiscui entre o casal, virando-lhes a vida de cabeça para baixo, privando-os da liberdade de que sempre desfrutaram, criando-lhes novas exigências — físicas e emocionais —, maiores do que as até então vivenciadas. Toda a vida a que estavam acostumados — as noites juntos, o comer e o beber, a atividade sexual — se altera mesmo antes de a criança nascer. Conhecer bem essa mudança é coisa ainda mais importante depois de o parto complicar

os seus sentimentos conflitantes, depois de acentuar a sua apreensão.

Estudos mostram que um pouco de ambivalência, um pouco de medo e mesmo um pouco de antagonismo são fenômenos normais, sadios — desde que percebidos e enfrentados. E agora é o melhor momento para isso. É só equacionar os ressentimentos agora (por não mais se ficar acordado até tarde da noite aos sábados, por não mais se poder sair para viajar nos fins de semana quando dá vontade, por não mais se poder trabalhar em tempo integral, por não mais se poder gastar o dinheiro como se gostaria) para que a gestante não precise ficar elaborando-os depois quando ele chegar. Para isso, o melhor é compartilhar os sentimentos com o companheiro — e encorajá-lo a fazer o mesmo.

Embora as mudanças possam ser maiores ou menores, dependendo de como o casal ordene suas prioridades, é verdade que a sua vida doravante não vai ser mais a mesma: em vez de dois serão três. Não obstante, embora alguns recentos do seu mundo se vejam encolhidos, outros se ampliam. Talvez o casal se sinta renascer com o bebê. E a nova vida talvez se torne a melhor de todas.

CONSELHOS INDESEJÁVEIS

"Agora que todos vêem que estou grávida, todos — desde a minha sogra e estranhos no elevador — têm conselhos para me dar. Isso me deixa maluca."

A não ser partindo para a reclusão numa ilha deserta, não há como a gestante evitar os conselhos gratuitos das pessoas que a cercam. Há alguma coisa nos ventres grávidos que faz aflorar o "especialista" que em nós habita. É só a gestante sair correndo em volta do quarteirão de casa e vai aparecer alguém para repreendê-la: "Você não devia correr nesse estado!" É só trazer para casa nas mãos duas sacolas de supermercado e vem a reprimenda: "Você acha que deveria estar carregando todo esse peso?" Ou basta espichar o braço para tocar a campainha do ônibus e vem o aviso: "Se você ficar se espichando desse jeito o cordão pode se enrolar no pescoço do bebê e o estrangular."

Entre esses conselhos gratuitos e as predições inevitáveis sobre o sexo do bebê, o que fazer? Em primeiro lugar, lembrar que quase tudo o que se ouve é pura bobagem. As velhas histórias das avós que *tinham* fundamento foram consubstanciadas cientificamente e se tornaram parte da prática obstétrica. As que não tinham, embora ainda estampadas na tapeçaria da mitologia gravídica, podem ser absolutamente ignoradas. As recomendações que deixam a gestante em dúvida — "E se estiverem certos?" — e que, portanto, não podem ser ignoradas, devem ser discutidas com o médico ou com outro profissional da área.

Seja uma possibilidade plausível, seja uma coisa obviamente ridícula, não se pode deixar que os conselhos nos façam perder a cabeça. Ninguém, nem a gestante, nem o bebê, se beneficiará com o aumento das tensões. Convém, portanto, manter o senso de humor e fazer de duas uma: ou informar com polidez ao bem-intencionado estranho, amigo ou parente que já se tem um obstetra competente para dar conselhos e que não é possível aceitar os conselhos de mais ninguém, ou sorrir polidamente, dizer obrigada e seguir em frente, deixando que os comentários entrem por um ouvido e saiam por outro — sem paradas no caminho.

Independente do que se faça, contudo, é preciso se habituar a ouvi-los. E se há alguém que atraia mais conselheiros que uma mulher grávida é uma mulher com um bebê no colo.

O QUE É IMPORTANTE SABER: FAZENDO SEXO DURANTE A GRAVIDEZ

Afora os milagres médicos e religiosos, toda gestação começa com o ato sexual. Assim, por que será que aquilo que a colocou nessa situação agora se torna um dos maiores problemas?

Quer o sexo se torne melhor do que nunca, quer deixe de existir, quer se mostre apenas um pouco incômodo, quase todos os casais passam por mudanças no seu relacionamento sexual durante os nove meses de gravidez.

As variações no apetite sexual e as reações antes da concepção são muito amplas para que se comece por aí. O que satisfaz um casal — relação sexual "obrigatória" uma vez por semana, por exemplo — pode ser completamente insatisfatório para outro, para quem um só dia por semana pode ser insuficiente. Depois da concepção, tais variações podem mesmo se exacerbar. E para complicar ainda mais a questão sexual, as oscilações físicas e emocionais podem deixar o casal que mantém relação uma vez ao dia menos propenso para o amor do que o que mantém relação uma vez por semana, e vice-versa.

Embora a intensidade varie de casal para casal, é comum um padrão de interesse sexual descendente-ascendente-descendente durante os três trimestres da gestação. Não surpreende que a diminuição do interesse sexual possa ocorrer no início da gravidez (numa pesquisa, 54% das mulheres revelaram redução da libido durante o primeiro trimestre). Afinal, a fadiga, a náusea, o vômito e os seios doloridos as tornam parceiras de cama não muito ideais. Nas que não têm maiores incômodos nesse período, contudo, o desejo sexual permanece mais ou menos inalterado. E uma minoria mensurável de gestantes sente-o aumentar significativamente — muitas vezes porque os hormônios gestacionais deixam a vulva ingurgitada e ultra-sensível ou porque a maior sensibilidade mamária que para umas é dolorosa para outras é prazerosa. Essas mulheres podem experimentar orgasmo ou orgasmos múltiplos pela primeira vez.

O interesse muitas vezes — mas nem sempre — se intensifica durante o segundo trimestre, quando o casal se acha física e psicologicamente mais bem ajustado à gravidez. Costuma decrescer novamente ao aproximar-se o parto, de forma ainda mais drástica do que no primeiro trimestre — por razões óbvias: primeiro, o abdome volumoso torna cada vez mais difícil a aproximação; segundo, as dores e os incômodos da gestação adiantada são capazes de esfriar a mais quente das paixões; e terceiro, é difícil concentrar-se em qualquer outra coisa que não o evento tão ansiosamente esperado.

O prazer sexual, como o desejo sexual, parece diminuir em alguns casais — mas decerto não em todos. Num grupo de mulheres, 21% tinham pouco ou nenhum prazer com o sexo antes da concepção. A percentagem das que não vêem prazer no sexo aumenta para 41% por volta de 12 semanas de gestação e para 59% por volta do nono mês. A mesma pesquisa revelou que por volta de 12 semanas cerca de 1 em cada 10 casais deixara de ter relações sexuais; por volta do nono mês, mais de um terço se abstinha. Convém no entanto lembrar que a pesquisa verificou que mais de 4 em cada 10 mulheres ainda desfrutavam do sexo

nesse período — e dessas, mais da metade *sem* problemas.

Assim, pode ser que a leitora descubra que o sexo durante a gravidez seja o mais prazeroso que já teve. Ou que seja algo difícil, embora quisesse dele desfrutar. Ou que se tenha tornado uma obrigação incômoda. Ou que chega a ser abandonado. A atividade sexual "normal" durante a gestação, como tantas outras facetas do ciclo, é a que é normal para você.

A SEXUALIDADE DURANTE A GESTAÇÃO

Infelizmente, há obstetras tão inibidos a respeito da sexualidade quanto nós, leigas. Muitas vezes não dizem ao casal o que vão ter pela frente, nem o que não vão ter, na sua intimidade conjugal. E isso deixa muitos sem saber como proceder.

Ao entendermos por que o sexo durante a gestação é diferente do sexo em outros períodos da vida, conseguimos atenuar os medos e as preocupações e tornar a atividade sexual (ou sua abstinência) mais aceitável e mais prazerosa.

Em primeiro lugar, há muitas alterações físicas que interferem no interesse e no prazer sexual real tanto positiva quanto negativamente. Alguns fatores negativos podem ser modificados de sorte a não interferirem tanto na vida sexual; outros exigirão da gestante ter que se habituar a eles — e a fazer sexo apesar deles.

A náusea e o vômito. Se a náusea matinal acompanha a gestante dia e noite, talvez convenha esperar pelo desaparecimento dos sintomas. (Na maioria dos casos, o problema começa a ceder pelo fim do primeiro trimestre.) Se a ataca só em determinadas horas, o melhor é tomar o horário flexível, aproveitando os momentos mais oportunos. Não convém forçar a disposição para o sexo quando não se está predisposta: a náusea muitas vezes é agravada pelo estresse emocional. (Ver p. 138 para algumas sugestões para minimizar a náusea matutina.)

A fadiga. Costuma ceder por volta do quarto mês. Até então, fazer sexo enquanto brilha o sol (sempre que tiver oportunidade) em vez de obrigar-se a ficar acordada até tarde para o romance. Se as tardes de fim de semana estão livres, convém tirar a soneca acompanhada de uma sessão de sexo. (Ver mais sobre alívio da fadiga à p. 135.)

A mudança de forma. Fazer sexo pode ser inconveniente e incômodo quando a barriga enorme parece tão alta e proibitiva quanto uma montanha no Himalaia. Ao evoluir a gestação, a ginástica para escalar o abdome cada vez maior pode, para alguns casais, não valer o esforço. (Mas há formas de contornar a montanha; ver p. 203.) Além disso, a silhueta volumosa da mulher poderá desestimular um ou ambos os parceiros. Trata-se de reflexo condicionado que se pode eliminar pensando o seguinte: ser barriguda (na gestação) é ser bonita.

O ingurgitamento da genitália. O maior fluxo de sangue para a região pélvica, provocado pelas mudanças hormonais da gravidez, pode fazer aumentar a resposta sexual em algumas mulheres. Mas pode também tornar o sexo menos gratificante (sobretudo mais ao fim da gravidez) se uma sensação incômoda, de plenitude não-alcançada, de falta de alívio, persiste residualmente após o orgasmo. Fica a sensação de que não se conseguiu. Para os homens, o ingurgitamento dos órgãos genitais pode também aumentar o prazer (se se sentem prazerosamente acariciados) ou diminuí-lo (se sentem a vagina muito apertada e perdem a ereção).

Secreção de colostro. No final da gravidez, algumas mulheres começam a produzir colostro nos seios, uma substância prévia ao leite materno. O colostro pode ser secretado pelos seios durante a estimulação sexual, e pode ser desconcertante durante a fase preliminar do sexo. Não é, por certo, motivo de preocupação, mas se a incomodar ou ao seu companheiro, pode facilmente ser evitado se não forem feitas carícias nos seios.

Sensibilidade mamária. Alguns casais felizes divertem-se durante a gravidez nas alegrias dos seios cheios-e-firmes-pela-primeira-vez. Mas muita gente acha que, no início da gestação, talvez se tenha de negligenciar os seios durante o sexo por se mostrarem muito dolorosos. (Convém informar ao parceiro do incômodo, e não ficar sofrendo e se ressentindo em silêncio.) Todavia, ao diminuir a sensibilidade, ao fim do primeiro trimestre, a extrema sensibilidade dos seios estimula o sexo em alguns casais.

As alterações nas secreções vaginais. As secreções aumentam de volume e se modificam na consistência, odor e sabor. A maior lubrificação pode tornar o coito mais prazeroso para o casal quando a vagina da mulher foi sempre seca e/ou incomodamente estreita. Ou talvez torne o canal vaginal tão molhado e escorregadio que o homem encontre dificuldade em manter a ereção. O cheiro e o sabor mais intenso das secreções podem tornar o sexo oral desagradável para alguns homens. Passar óleos perfumados na região pública ou na parte interna das coxas ajuda a disfarçar o problema.

Sangramento causado pela sensibilidade da cérvice. A boca do útero também se ingurgita durante a gestação — atravessada por muitos outros vasos sanguíneos para acomodar o maior fluxo de sangue para o útero — e fica muito mais amolecida. Isso significa que a penetração profunda pode causar sangramento, sobretudo ao fim da gestação, quando a cérvice começa a amadurecer para o parto. Se isso ocorrer (excluído, pelo obstetra, o aborto espontâneo ou qualquer outra complicação que exija a abstinência sexual), é só evitar a penetração profunda.

Há também uma grande lista de problemas psicológicos que podem interferir no prazer sexual durante a gestação. Também estes podem ser minimizados.

Medo de machucar o feto ou de causar aborto. Na gestação normal, a relação sexual não machuca o feto e nem causa aborto. O feto se acha bem amortecido e protegido no útero e na bolsa amniótica, a qual se acha devidamente lacrada, isolada do mundo exterior pelo tampão mucoso na boca da cérvice.

Medo de que o orgasmo provoque aborto ou dê início ao trabalho de parto. Embora o útero se contraia com o orgasmo — contrações bem pronunciadas em algumas mulheres, que chegam a perdurar por meia a uma hora depois do coito — isso não significa que esteja entrando em trabalho de parto e não apresenta perigo para a gravidez normal. No entanto, o orgasmo, particularmente o de tipo mais intenso, desencadeado pela masturbação, poderá ser proibido em gestações de alto risco de aborto espontâneo ou de trabalho de parto prematuro.

Medo de que o feto esteja "observando" ou "sabendo". Embora o feto possa desfrutar do delicado embalo proporcionado pelas contrações uterinas depois do orgasmo, nem é capaz de ver, nem de entender o que se passa durante o coito, e decerto não guarda nada na memória. As reações fetais (menor movimento durante a relação, e depois os chutes e as contorções furiosas, além da aceleração

do batimento cardíaco, depois do orgasmo) se baseiam exclusivamente nas atividades hormonal e uterina.

Medo de que a introdução do pênis na vagina cause infecção. Desde que o homem não seja portador de doença sexualmente transmissível, parece não haver perigo de infecção, para a mãe e para o feto, através do coito durante os primeiros sete ou oito meses. O bebê se acha seguramente protegido no interior do saco amniótico, que não pode ser penetrado seja por sêmen, seja por microorganismos infecciosos. Os obstetras, na sua maioria, crêem ser isso verdadeiro inclusive no nono mês — enquanto permanecer íntegra a bolsa d'água (antes de as membranas se romperem). Mas como podem se romper a qualquer momento, alguns recomendam o uso de camisinha durante o coito nas últimas quatro ou oito semanas de gestação, como reforço para evitar infecções.

Ansiedade com relação à próxima atração. A futura mamãe e o futuro papai estão sujeitos aos sentimentos confusos em relação ao iminente e abençoado evento; considerações sobre as responsabilidades e as mudanças de vida e os custos financeiros e emocionais de criar o bebê podem inibir a atividade sexual. Essa ambivalência pela qual muitos casais passam deve ser discutida abertamente, e não trazida para a cama.

A relação cambiante entre o marido e a mulher. O casal pode ter problemas em se ajustar à idéia de não mais ser apenas amantes, apenas um homem e uma mulher, e sim de se tornarem pais. Afinal, muitos de nós ainda evitamos associar o sexo aos nossos pais, embora sejamos prova viva de que a associação existe. Por outro lado, alguns casais podem descobrir que a nova dimensão em sua relação traz uma nova intimidade para a cama — e, com ela, uma nova excitação.

Hostilidade subconsciente. Do futuro papai para com a mulher, por ciúmes de ela haver se tornado o foco das atenções. Ou da futura mamãe para com o homem, por ver nele a causa de todo o sofrimento (sobretudo quando a gestação é difícil) trazido para o bebê que ambos querem e que ambos irão desfrutar. São sentimentos a serem discutidos, mas não na cama.

Crença de que o coito nas últimas seis semanas vai desencadear o trabalho de parto. É verdade que as contrações uterinas desencadeadas pelo orgasmo se tornam mais fortes com o evoluir da gestação. Mas a menos que a cérvice esteja madura, tais contrações parecem não causar o início do trabalho de parto — conforme atestam muitos casais que esperançosamente tentaram o sexo diário obrigatório. No entanto, como ninguém sabe exatamente o que dá início ao trabalho de parto e como algumas pesquisas mostram aumento dos partos prematuros entre casais que mantêm relações nas últimas semanas de gestação, muitas vezes se prescreve a abstinência sexual para as que têm tendência ao parto pré-termo.

Medo de "acertar" o bebê depois da cabeça insinuada na pelve. Mesmo os casais que não se preocupavam antes com o coito passam a se preocupar por causa da proximidade do bebê. Muitos médicos dizem que, embora não seja possível machucar o bebê, a penetração profunda não será cômoda nessa fase, e deve ser evitada.

Alguns fatores psicológicos podem também interferir nas relações sexuais, mas para melhor:

Mudanças no sexo procriativo para o recreativo. Alguns casais que batalharam para que a mulher engravidasse podem se deliciar ao verem que podem fazer se-

xo só pelo prazer — livres dos termômetros, das tabelas, dos calendários e da ansiedade. Para estes, o sexo passa a ser motivo de prazer pela primeira vez depois de meses, às vezes depois de anos.

Embora a relação sexual durante a gestação possa ser diferente da que se vivenciava antes, é na maioria dos casos perfeitamente segura. De fato, faz bem à gestante tanto física quanto emocionalmente: pode manter a mulher e o marido mais próximos; pode ajudar a manter a forma, preparando a musculatura pélvica para o parto; e é relaxante — o que é benéfico para todos, inclusive para o bebê.

QUANDO SE DEVE RESTRINGIR A ATIVIDADE SEXUAL

Como a atividade sexual tem muito a oferecer ao casal que espera um filho, seria ideal que todos dela tirassem proveito durante a gestação. Contudo, para alguns ela não é permitida. Nas gestações de alto risco, as relações podem ser restringidas em determinados períodos, às vezes durante os nove meses. Noutros casos, as relações são permitidas desde que a mulher não chegue ao orgasmo, ou só são permitidas as carícias mas não a penetração. Convém saber precisamente *o que* é seguro e *quando* é essencial; se o médico instruir a gestante no sentido da abstinência, cumpre indagar por que e se a referência é quanto à relação em si ou ao orgasmo, ou a ambos, e se as restrições são temporárias ou se se aplicam a toda a gestação.

A atividade sexual será restrita nos seguintes casos:

- Sempre que ocorrer sangramento (hemorragia) inexplicado.
- Durante o primeiro trimestre, se houver história de abortamento espontâneo ou se houver sinais de ameaça de aborto durante a gravidez atual.
- Durante as últimas 8 a 12 semanas, se a mulher tiver história de trabalho de parto prematuro ou de ameaça de trabalho de parto prematuro, ou se estiver sentindo sinais de trabalho de parto prematuro nesta gestação.
- Se as membranas fetais (bolsa d'água) se romperem.
- Quando se sabe que há placenta prévia (placenta em posição anormal, junto ou perto da cérvice, de onde se pode descolar prematuramente, durante a relação sexual, provocando sangramento e ameaçando a mãe e o bebê).
- No último trimestre em gravidez gemelar.

DESFRUTAR MAIS DO SEXO, MESMO QUANDO SE PRATICA MENOS

O bom relacionamento sexual, prolongado — como os bons casamentos, duradouros —, dificilmente se constrói da noite para o dia (mesmo quando a noite foi ótima). Constrói-se com prática, com paciência, com compreensão e com amor. Isso também vale para o relacionamento sexual já estabelecido que padece das agressões emocionais e físicas da gestação. Aqui vão alguns conselhos muito úteis:

- Nunca deixar que a freqüência ou a infreqüência das relações interfira em outros aspectos do relacionamento. Lembrar que a qualidade do sexo é

sempre mais importante do que a quantidade — sobretudo durante a gravidez.

- Insistir no amor, não no sexo. Se um dos dois não se sentir com vontade de fazer sexo, ou se este passou a ser frustrante por não ser mais plenamente gratificante, buscar rotas alternativas para a intimidade. As possibilidades são bem maiores do que as numerosas posições encontradas em qualquer manual de sexo. Por exemplo: beijos e abraços à antiga, ficar de mãos dadas, carinho nas costas, massagem nos pés, tomar leite juntos na cama (ou *milk shake*, ver p. 125 para a receita), ler poemas de amor, ver televisão aconchegados num cobertor, tomar ducha juntos, sair para um jantar à luz de velas bem romântico (ou fazê-lo em casa), encontrar-se para um almoço tranqüilo — ou seja o que for para fortalecer a relação amorosa.

- Reconhecer as possíveis sobrecargas que a futura paternidade trará para a relação e aceitar as possíveis mudanças na intensidade do desejo sexual de um ou de outro. Discutir os problemas abertamente; não escondê-los ou tentar escondê-los. Se os problemas se avolumarem, convém recorrer a auxílio profissional.

- Pensar positivamente: O sexo é um bom preparo físico para o trabalho de parto e o parto. (Poucos são os atletas que desfrutam dessa satisfação no treinamento.)

- Pensar nas novas posições para o sexo durante a gravidez como uma aventura. Mas se dar tempo para adaptar-se a elas. (Tentar uma primeira vez ainda com roupa, para se familiarizar com ela quando for real.) Entre as posições mais cômodas estão: o homem por cima, mas um pouco de lado ou apoiado nos braços (para não soltar o próprio peso sobre a mulher); a mulher por cima (evitando a penetração profunda); ambos de lado — com a mulher de frente ou de costas.

- Manter as expectativas dentro da realidade. Embora algumas mulheres só atinjam o orgasmo pela primeira vez durante a gestação, pelo menos uma pesquisa revela que a maioria das mulheres não chega ao orgasmo *regularmente* durante a gestação — sobretudo no último trimestre, quando só uma em quatro consegue atingir o clímax de forma consistente. A meta não há de ser sempre o orgasmo; às vezes só a proximidade física pode satisfazer.

- Se o médico proibiu o sexo durante qualquer período da gestação, pergunte se vale o orgasmo — via masturbação mútua. Caso esta prática também lhe seja proibida, o prazer ainda poderá vir ao proporcionar ao marido prazer dessa forma.

- Se o médico proibir o orgasmo mas não o coito, talvez a gestante queira desfrutar do sexo sem chegar ao clímax. Embora não possa ser completamente satisfatório, pode promover uma sensação de intimidade. Outra possibilidade: coito entre as coxas.

Mesmo quando a qualidade, ou a quantidade, das relações sexuais tiver deixado de ser o que era, cumpre entender o que se passa na dinâmica da sexualidade durante a gravidez para que se mantenha o bom relacionamento — até mesmo que se o fortaleça — sem o coito freqüente ou espetacular.

9

O Quinto Mês

A Consulta

Desta vez o obstetra vai retornar a vários pontos já observados anteriormente e, de forma análoga, poderá abordar outros pontos, em função de seu próprio estilo de atendimento e das necessidades da gestante.[1] Entre os elementos averiguados estão:

- Peso e pressão arterial
- Urina (pesquisa do açúcar e das proteínas)
- Batimento cardiofetal
- Tamanho e forma do útero, pela palpação externa
- Altura do fundo uterino (o alto do útero)
- Exame das mãos e dos pés, para surpreender edema (inchação), e também das pernas, para ver se há varizes
- Sintomas até então apresentados, sobretudo os menos comuns
- Questões e perguntas trazidas pela gestante — convém levar uma lista pronta

Os Sintomas Comuns

É possível que você sinta todos eles ou apenas alguns. Uns já terão surgido nos meses anteriores, outros talvez só tenham aparecido agora. Outros ainda são dificilmente percebidos por você ter se habituado a eles. Podem também ocorrer sintomas menos comuns.

Físicos:

- Movimentos fetais

[1] Consultar o Apêndice para a explicação dos procedimentos e dos exames realizados.

O Aspecto Físico no Quinto Mês

Por volta do quinto mês, a atividade do concepto, já com 20 a 25 cm, é intensa o bastante para ser percebida pela mãe. O lanugo, uma penugem fina e macia, já lhe recobre o corpo; cabelos começam a crescer-lhe na cabeça; aparecem os cílios e as sobrancelhas. É também recoberto por uma camada protetora: a vernix caseosa.

- Aumento da secreção vaginal esbranquiçada (leucorréia)
- Dolorimento no baixo-ventre (por distensão dos ligamentos que sustentam o útero)
- Prisão de ventre
- Azia, dispepsia, flatulência, distensão abdominal
- Cefaléia, tonteira ou desmaio ocasionais
- Congestão e, por vezes, sangramento nasal; entupimento dos ouvidos
- Sangramento das gengivas
- Apetite voraz
- Câibras nas pernas
- Edema discreto (inchação) dos tornozelos e dos pés, por vezes das mãos e do rosto
- Varizes nas pernas e/ou hemorróidas
- Taquicardia (aceleração do batimento cardíaco)
- Orgasmo facilitado — ou dificultado
- Dores nas costas (lombares)
- Alterações da pigmentação cutânea no abdome e/ou na face

Emocionais:

- Aceitação da realidade da gravidez
- Menor oscilação do humor, embora ainda ocorra irritabilidade esporadicamente; persiste a distração ou o desligamento

AS PREOCUPAÇÕES COMUNS

FADIGA

"Fico cansada fazendo exercícios ou limpando a casa; devo parar?"

Não só a gestante deve parar quando se sentir cansada, como também deve, sempre que possível, parar antes de sobrevir o cansaço. Chegar ao ponto da exaustão nunca é uma boa idéia. E durante a gestação é péssima idéia, aliás, porque o tributo da sobrecarga não é pago só pela gestante, mas também pelo concepto. Cumpre prestar muita atenção aos sinais de cansaço. Ao sentir falta de ar durante breve corrida ou ao achar que o aspirador de pó de repente parece pesar uma tonelada, convém fazer uma pausa.

Em vez das sessões de maratona, a gestante precisa ir devagar, compassadamente. Um pouco de trabalho ou de exercícios, um pouco de repouso. O mais das vezes se consegue dar conta do trabalho dentro ou fora de casa sem a extrema fadiga depois. Se ocasionalmente alguma coisa deixar de ser concluída, você já estará treinando para os dias futuros, quando as demandas da maternidade impedirem que se termine tudo o que se começa. Veja dicas para aliviar a fadiga na p. 135

DESMAIOS E TONTEIRA

"Sinto-me tonta ao me levantar depois de ficar sentada ou deitada. E ontem quase desmaiei enquanto fazia compras. Estou bem? Isso prejudica o bebê?"

Nos filmes que passam na TV, de madrugada, um desmaio é um indicador mais confiável de gravidez do que um teste em cobaia. Os autores da década de 40, entretanto, erravam o alvo. Embora a tonteira seja bastante comum na gravidez, o desmaio, também chamado de síncope, não é tão comum. São várias as razões, conhecidas ou supostas, para que a gestante sinta aturdimento ou tonteira.

No primeiro trimestre, a tonteira pode estar relacionada a insuficiente aporte sangüíneo ao sistema circulatório, em rápida expansão; no segundo, pode ser causada pela pressão do útero em expansão sobre os vasos sangüíneos maternos. A tonteira pode ocorrer a qualquer momento em que você mude de posição, por exemplo, ao levantar-se depois de ficar sentada ou recostada. É o que se chama de hipotensão postural. É causada pelo repentino desvio de sangue do cérebro quando há um súbito declínio da pressão arterial. A cura é simples: sempre levante-se gradualmente. O salto brusco da cadeira para atender ao telefone pode fazê-la aterrissar de novo no sofá.

Você também pode ficar tonta por carência de açúcar no sangue. Em geral, isso é causado pelo jejum prolongado e pode ser evitado pelo consumo de proteínas (que ajudam a manter o nível do açúcar no sangue) em cada refeição e pela adoção de refeições menores e mais freqüentes ou de lanches entre as refeições principais. Traga sempre consigo uma caixa de passas, um pedaço de fruta ou biscoitos integrais na bolsa para repor rapidamente o açúcar baixo no sangue.

A tonteira pode atacar também em ambientes superaquecidos, no escritório, em ônibus, sobretudo quando se está com muita roupa. A melhor forma de contornar esse tipo de tonteira está em tomar ar fresco fora do ambiente ou

abrindo a janela. Tire o casaco e afrouxe as roupas — sobretudo no pescoço e na cintura. É uma manobra que sempre ajuda.

Se você se sentir tonta ou achar que vai desmaiar, tente aumentar a circulação cerebral deitando, se possível, com os pés elevados (não elevar a cabeça) ou então sentando com a cabeça entre os joelhos, até ceder a tonteira. Se não houver lugar para deitar ou sentar, ajoelhe-se sobre um só joelho e incline-se para a frente como se fosse amarrar o sapato. O desmaio verdadeiro é raro, mas caso você desmaie, não há motivo para preocupação — embora o fluxo de sangue para o cérebro esteja temporariamente reduzido, isso não afeta o bebê.[2]

Notifique o médico sobre qualquer tonteira ou desmaio quando encontrá-lo ou na próxima consulta. Em caso de desmaio verdadeiro notifique-o imediatamente. O desmaio freqüente — ocasionalmente sinal de grave anemia ou de outra enfermidade — precisa ser avaliado pelo médico.

TESTE DE HEPATITE

"Estou no quinto mês e meu obstetra me solicitou um exame de hepatite B. Por quê?"

Ho e vem se recomendando o teste da hepatite B em todas as gestantes pelo menos uma vez durante a gravidez, em geral no final do segundo trimestre. Isso é porque a hepatite B, diversamente da hepatite A, pode ser transmitida ao feto, quase sempre durante o parto, embora às vezes durante a própria gravidez. Cerca de 9 entre 10 bebês infectados, sem tratamento, se tornarão portadores crônicos da doença, com risco de complicações hepáticas mais graves ulteriormente. O teste permite descobrir a mãe infectada e a instituição do tratamento preventivo no bebê ao nascer (ver p. 363).

POSIÇÃO PARA DORMIR

"Sempre dormi de barriga para baixo. Agora tenho medo. Mas todas as outras posições são incômodas."

Renunciar à posição favorita para dormir durante a gestação pode ser coisa tão traumática quanto renunciar ao ursinho de pelúcia aos seis anos de idade. A mudança a fará perder o sono durante algum tempo — mas só até você se acostumar à nova posição. E o momento para acostumar-se a ela é agora, antes que a barriga em expansão dificulte ainda mais achar qualquer comodidade, seja em que posição for.

As duas posições preferidas mais comuns para dormir — de barriga e de costas — não são recomendadas durante a gravidez. A primeira por motivos óbvios: ao crescer a barriga, dormir sobre ela é tão cômodo quanto dormir sobre uma melancia. A outra, de costas, embora mais confortável, coloca todo o peso do útero grávido sobre as costas, sobre os intestinos e sobre a veia cava inferior (a

Dormindo sobre o lado esquerdo.

[2] O primeiro socorro para as futuras mamães que desmaiam de fato é o mesmo indicado como medida preventiva.

veia responsável pelo retorno do sangue da parte inferior do corpo para o coração). Assim agravam-se as dores lombares e as hemorróidas, inibe-se a função digestiva, interfere-se na respiração e na circulação e possivelmente se causa hipotensão (baixa pressão arterial).

Isso não quer dizer que a gestante deva dormir de pé. Deitar de lado, reta ou encurvada — preferivelmente sobre o lado esquerdo — com uma perna cruzada sobre a outra e provavelmente com um travesseiro entre elas, é o melhor para a mãe e para o feto. A posição não só otimiza ao extremo o fluxo de sangue e de nutrientes para a placenta como também estimula a função renal, o que vai significar melhor eliminação das escórias metabólicas e dos líquidos e menor edema (inchação) dos tornozelos, dos pés e das mãos.

Muito poucas são as pessoas, todavia, que permanecem numa só posição durante a noite. Não se alarme se você acordar deitada de barriga ou de costas. Não há nenhum problema — apenas torne a deitar-se de lado. E não se preocupe com o possível incômodo da posição durante algumas noites: o corpo logo vai se ajustar a ela.

DORES NAS COSTAS

"Sinto muitas dores nas costas. Receio não conseguir me pôr de pé no nono mês."

As dores e os incômodos da gravidez não foram feitos para torná-la uma pobre coitada. São efeitos colaterais da preparação do corpo para o grande evento que será o nascimento do bebê. As dores nas costas não são exceção. Durante a gravidez, as articulações da bacia, habitualmente estáveis, começam a se afrouxar para facilitar a passagem do bebê no parto. Esse afrouxamento, junto com o ventre crescido, dificulta o equilíbrio postural do corpo. Para compensar, a gestante tende a trazer os ombros para trás e a arquear o pescoço. Ao ficar de pé com a barriga empurrada para a frente — para ter certeza de que ninguém deixe de notar que está grávida —, complica-se o problema. E vem o resultado: costas acentuadamente recurvadas embaixo, músculos lombares estirados, dor.

Mesmo a dor com uma finalidade incomoda. Mas sem frustrar essa finalidade, você pode conquistá-la (ou ao menos subjugá-la). O melhor enfoque, como sempre, é a prevenção: engravidar já com musculatura abdominal forte, com boa postura e com uma mecânica corporal elegante. Mas não é tarde demais para aprender a mecânica corporal que minimize as dores nas costas da gravidez. Alinhe o corpo adequadamente, pratique o exercício pélvico de báscula, conforme mostrado na p. 227. O seguinte também ajuda:

- Procure manter o ganho de peso dentro dos limites recomendados (ver p.

Combate às dores nas costas: posição correta.

Ao suspender objetos: dobrar os joelhos, tronco ereto.

182). Os quilos em excesso só aumentaram a sobrecarga exercida sobre as costas.

Não use salto alto ou mesmo sapato sem salto sem o suporte conveniente. Alguns médicos recomendam saltos de 5 cm de largura para ajudar a manter o corpo alinhado. Há sapatos e palmilhas feitos especialmente para aliviar os problemas das pernas e das costas durante a gestação; peça conselho ao médico.

- Aprenda a maneira correta de suspender pesos (sacolas, crianças, trouxas de roupa, livros etc.). Não os erga de forma repentina. Estabilize primeiro o corpo ampliando a base de sustentação (pés afastados, na mesma extensão dos ombros) e contraindo as nádegas para dentro. Dobre os joelhos, não a cintura, e suspenda com os braços e as pernas, não com as costas. (Ver ilustração acima.) Se a dor nas costas for um problema, tente limitar o número de objetos carregados. Se for obrigada a carregar sacolas pesadas do supermercado, divida bem o peso entre elas e carregue uma em cada braço, e não todas na sua frente ou no colo.

- Evite ficar de pé por muito tempo. Se precisar, mantenha um dos pés num banquinho com o joelho dobrado para prevenir a distensão da região baixa das costas. (Ver ilustração.) Ao ficar de pé em superfície dura, ao cozinhar ou ao lavar pratos, por exemplo, fique sobre tapete pequeno antiderrapante.

- Sente-se com as costas firmes. A posição sentada sobrecarrega mais a coluna do que quase qualquer outra atividade, portanto cuide para sentar-se direito. Isso significa sentar, quando possível, numa cadeira que ofereça apoio adequado, de preferência uma com encosto reto, com braços (use-os para ajudá-la a levantar-se da cadeira) e com almofada firme que não a deixe afundar na cadeira. Evite os bancos sem encosto. E, sempre que se sentar, nunca cruze as pernas. As pernas cruzadas não só causam problemas de circulação, como também fazem-na inclinar a pelve muito para a frente, agravando a dor nas costas. Sempre que possível, sente-se com as pernas um pouco elevadas (veja ilustração, p. 211); ao dirigir, mantenha o assento à frente, para que você fique com um joelho mais alto e dobrado. Sentar-se por muito tempo pode ter efeito tão indesejável quanto sentar-se em má posição. Procure não ficar sentada por mais de uma hora sem espichar-se ou caminhar um pouco; seria ainda melhor determinar o limite de meia hora.

- Durma em colchão firme, ou coloque uma tábua sobre o colchão mais mole. Uma posição confortável para dormir (ver p. 208) minimizará o desconforto e as dores ao acordar. Ao sair da cama pela manhã, deixe as pernas caírem do lado da cama até o chão: evite contorcer-se ao levantar.

- Pergunte ao médico se um apoio para o ventre ajudará a aliviar a pressão na região inferior das costas.

- Não se estique para repor pratos na prateleira alta da cozinha ou para pendurar um quadro. Em vez disso, use um banquinho firme e baixo. O ato de alcançar objetos acima da cabeça força a musculatura da região baixa das costas.

- Use bolsa de água quente (enrolada em toalha) ou banhos mornos (não quentes) para aliviar temporariamente as dores musculares.

Posição cômoda para ficar sentada.

- Aprenda a relaxar. Muitos problemas lombares são agravados pelo estresse. Se achar que é esse o seu caso, tente alguns exercícios de relaxamento quando a dor surgir. Siga também as sugestões que começam à p. 147 para lidar com o estresse na vida.

- Faça exercícios simples que reforcem a musculatura abdominal, como os indicados às pp. 227 e 228.

CARREGANDO CRIANÇAS MAIS VELHAS NO COLO

"Tenho uma filha de 3 anos e meio que sempre quer que eu a carregue escada acima. Mas o seu peso está acabando com as minhas costas."

Seria uma boa idéia acabar com esse hábito em vez de deixá-lo acabar com as suas costas; o esforço de carregar o feto em crescimento já é suficiente sem que seja preciso acrescentar os 15 a 20 quilos da pré-escolar. Entretanto, cuidado para não culpar o seu futuro irmão ou sua futura irmã pela mudança de hábito, culpe as suas costas. E faça muitos elogios a ela pelos esforços em subir a escada por conta própria.

Naturalmente haverá ocasiões em que a sua filha não aceitará a ordem "suba" como resposta. Portanto, aprenda a forma correta de suspender peso (ver p. 210) e tranqüilize-se: de forma alguma isso vai prejudicar o bebê que ainda não nasceu, a menos que o médico tenha proibido esforço excessivo.

PROBLEMAS NOS PÉS

"Meus sapatos começaram a ficar apertados. Será que os pés estão crescendo junto com a barriga?"

Sem dúvida, embora não estejam exatamente crescendo, estão ficando maiores. Em primeiro lugar, pelo edema próprio da gravidez (retenção de líquido). Em segundo lugar, pela gordura que pode se acumular na região. Além disso, há uma expansão das articulações nos pés de origem hormonal (relaxina) que acompanha o afrouxamento das articulações pélvicas para o parto. Embora o edema desapareça depois do parto e você provavelmente perca em conseqüência os quilos a mais, é possível que os pés fiquem maiores, até em um número de sapatos (mesmo com o retorno das articulações ao normal).

Nesse meio tempo, procure reduzir o excesso de edema (ver p. 254), caso seja esse o seu problema. Use sapatos mais confortáveis — um para caminhar e trabalhar, outro para ocasiões especiais. Os dois não devem ter saltos com mais de 5 cm, devem ter sola antiderrapante e muito espaço para os dedos se abrirem (experimente-os no fim do dia, quando os pés estiverem mais inchados); ambos devem ser de couro ou de lona para que os pés possam respirar. Se escolher com atenção, poderá encontrar não só sapatos para o dia-a-dia, mas também para ocasiões formais, e que atendam a essas exigências.

Há sapatos ortopédicos feitos para corrigir o deslocamento do centro de gravidade na gestação e que não apenas dão mais conforto aos pés como também reduzem a dor nas costas e nas pernas. No mercado norte-americano encontra-se um tipo para os primeiros seis meses e outro para o trimestre final de gravidez. Recomenda-se que a gestante converse a respeito com o médico.

Chinelos usados durante várias horas por dia também são úteis para a redução da fadiga e da dor nos pés e nas pernas, embora não pareçam reduzir o edema. Se as pernas doem e apresentam cansaço no fim do dia, use chinelos ao chegar em casa — ou mesmo no trabalho, se for possível.

CRESCIMENTO RÁPIDO DO CABELO E DAS UNHAS

"Parece que meus cabelos e as minhas unhas nunca cresceram tão depressa antes."

A abundante circulação e o maior metabolismo causados pelos hormônios gestacionais nutrem também as células da pele. Bons efeitos dessa maior nutrição estão no crescimento mais rápido das unhas e do cabelo (este, se você tiver sorte, fica mais espesso e mais brilhante).

A nutrição extra, entretanto, também causa efeitos menos felizes. Pode fazer com que o cabelo cresça em lugares que a mulher preferiria não ter nenhum. As regiões faciais (lábios, queixo e bochechas) são as mais atingidas por esse hirsutismo gravídico, mas os braços, as pernas, as costas e a barriga podem também ser afetados. Grande parcela dos pêlos em excesso desaparece nos primeiros seis meses depois do parto, embora em muitos casos este excesso dure mais tempo.

Embora não haja risco conhecido, provavelmente não é boa idéia usar cremes depiladores ou branqueadores depois de saber que se está grávida. A pele pode também reagir a substâncias químicas, e é inclusive possível que possam ser absorvidas pela corrente sangüínea. A depilação direta — dos pêlos faciais, das pernas e das axilas — não apresenta problema.

ABORTO TARDIO

"Sei, pelo que dizem, que depois do terceiro mês a gente não precisa mais se preocupar com aborto. Mas sei de uma mulher que perdeu o filho no quinto mês."

Não obstante seja essencialmente verdadeiro que as preocupações com o abortamento espontâneo devem ser dei-

xadas de lado depois do primeiro trimestre, acontece por vezes que se perde um filho entre a 12ª e a 20ª semana. Trata-se do abortamento *tardio*, que explica menos de 25% de todos os abortos espontâneos e é raro na gestação normal, de baixo risco. Depois da 20ª semana, quando o feto costuma pesar mais de 500 g e há a possibilidade de sobreviver com atendimento especializado, sua expulsão é considerada parto prematuro, não mais abortamento espontâneo.

Diversamente das causas do aborto precoce, que estão quase sempre relacionadas ao concepto, as causas dos abortos no segundo trimestre costumam se vincular à placenta ou à mãe.[3] A placenta pode descolar-se prematuramente do útero, estar implantada em posição anômala, ou deixar de produzir os hormônios necessários para a manutenção da gravidez. A mãe poderá ter feito uso de certos medicamentos, ou ter passado por cirurgia que tenha interferido nos órgãos pélvicos. Pode ainda sofrer de infecções graves, enfermidades crônicas não-controladas, grave desnutrição, disfunção endócrina, miomas (tumores do útero), anomalia na forma uterina, ou insuficiência cervical em que o colo se abre prematuramente. Os traumatismos físicos graves, como os ocorridos em acidentes, por exemplo, parecem ter só pequena participação nos abortamentos em qualquer estágio da gravidez.

Os primeiros sintomas do aborto espontâneo no segundo trimestre são a secreção vaginal avermelhada durante vários dias, ou uma secreção escassa e de coloração parda durante algumas semanas. Se você experimentar um desses sintomas, não entre em pânico — podem não ser nada de grave. Mas chame o médico no dia em que percebê-los. Se apresentar sangramento acentuado, com ou sem cólica, chame imediatamente o médico ou vá para o hospital. Consulte a p. 392 para o tratamento da ameaça de aborto e para a prevenção de abortos futuros.

[3]Muitas causas maternas de aborto espontâneo tardio podem ser prevenidas pelo atendimento médico correto.

DOR ABDOMINAL

"Estou preocupadíssima com as dores que venho sentindo dos lados da bacia."

O que provavelmente a gestante está sentindo no caso apontado é o estiramento dos músculos e ligamentos que sustentam o útero — coisa muito comum durante a gravidez. As dores podem ser tipo cólica, agudas, em pontadas, e não raro são mais percebidas quando a gestante se levanta da cama ou da cadeira, ou quando tosse. Podem ser de breve duração ou perdurar por várias horas. Enquanto forem ocasionais, não-persistentes — e não se acompanharem de febre, calafrios, hemorragia, aumento da secreção vaginal, desmaios ou outros sintomas incomuns —, não há motivo para preocupação. A elevação dos pés e o repouso em posição cômoda costumam trazer alívio. Você deverá, naturalmente, mencioná-las ao obstetra na próxima consulta.

ALTERAÇÕES NA PIGMENTAÇÃO DA PELE

"Além da estria escura que desce pelo meio da minha barriga, agora estou com manchas escuras no rosto. Isso é normal? Será que vou ficar assim depois da gravidez?"

São os hormônios gestacionais, mais uma vez, trabalhando. Da mesma forma que escureceram a aréola ao redor dos mamilos, agora estão colorindo a linea alba — a linha branca que provavelmente a gestante nunca percebeu e que desce pelo meio da barriga até o al-

to do osso do púbis. Durante a gravidez vai se chamar linea nigra, linha negra.

Algumas mulheres, em geral as de pele mais escura, também desenvolvem uma alteração pigmentar tipo "máscara" na testa, no nariz e nas bochechas. As manchas são escuras nas de pele clara e claras nas de pele escura. Essa máscara da gravidez, ou cloasma, gradualmente se dissipa depois do parto. Mas durante sua ocorrência, o branqueamento provavelmente não atenuará o cloasma (o que não é uma boa idéia de qualquer forma), embora a maquiagem possa camuflá-la. O sol pode intensificar a coloração, portanto use um protetor com fator de proteção solar (SPF) de 15 ou mais quando se expuser ao sol, ou use um chapéu que dê sombra completa ao rosto. Como há indícios de que a pigmentação em excesso pode estar relacionada à deficiência de ácido fólico, certifique-se de que o complemento vitamínico contenha essa substância e que você não deixe de consumir verduras, laranjas e cereais ou pão integral diariamente.

A hiperpigmentação (escurecimento da pele) pode ocorrer em áreas de grande atrito, como entre as coxas. Aí também desaparecerá depois do parto.

OUTROS SINTOMAS ESTRANHOS NA PELE

"As palmas das minhas mãos parecem vermelhas todo o tempo. Será minha imaginação?"

Não. E também não é o detergente da cozinha. São os seus hormônios. A elevação dos hormônios da gravidez causa uma vermelhidão pruriginosa das palmas (e às vezes também da sola dos pés), em dois terços das mulheres brancas e em um terço das mulheres da raça negra. Mas isso desaparecerá logo depois do parto.

As unhas podem também não escapar dos efeitos da gravidez. Talvez fiquem mais moles ou quebradiças e apresentem sulcos bem-desenvolvidos. Se mostrarem sinais de infecção, consulte o médico sobre o tratamento.

"Minhas pernas e meus pés ficam azulados e com manchas roxas de vez em quando. Há algo de errado com a minha circulação?"

Devido à maior produção de estrogênio, muitas mulheres experimentam essa alteração pigmentar transitória quando estão com frio. É insignificante e desaparecerá no puerpério.

"Me apareceu um crescimento de pele, bem pequeno e mole debaixo do braço na marca do sutiã. Fico achando que pode ser câncer."

O que você está descrevendo pode bem ser um retalho cutâneo, outro problema cutâneo benigno e comum na gestante e muitas vezes encontrado em áreas de atrito, como debaixo dos braços. Os retalhos cutâneos freqüentemente se desenvolvem no segundo e no terceiro trimestres e podem regredir depois do parto. Caso não regridam, podem ser facilmente removidos pelo médico.

Para ter certeza do diagnóstico, mostre-o ao médico na próxima consulta.

"Acho que estou com brotoeja. Achava que só os bebês tinham isso."

Na realidade, qualquer pessoa pode desenvolver uma erupção desse tipo. Mas é particularmente comum na gestante por causa do aumento da perspiração écrina oriunda das glândulas sudorípara que se distribuem por toda a superfície do corpo e que estão relacionadas à regulação térmica. Aplique um pouco de maisena depois do banho e procure refrescar bem o corpo — são medidas que ajudam a minimizar o desconforto

da erupção como também ajudam a preveni-la no futuro.

Por outro lado, a perspiração apócrina, a causada pelas glândulas debaixo dos braços, sob os seios e na área genital, diminui na gravidez — assim, embora você possa ter a referida erupção pelo calor, tem menos chance de apresentar o odor de suor no corpo.

PROBLEMAS DENTÁRIOS

"Minha boca de repente se tornou uma área de desastre. As gengivas sangram quando escovo os dentes, e acho que tenho uma cárie. Mas tenho medo de ir ao dentista por causa da anestesia."

Com tanta atenção voltada para a barriga durante a gravidez é fácil esquecer da boca — até que ela comece a clamar por igual atenção, coisa comum em virtude do pesado tributo pago pelas gengivas durante a gestação. As gengivas, como as membranas mucosas do nariz, tornam-se inchadas, inflamadas e apresentam tendência a sangrar facilmente devido aos hormônios da gravidez.

Não convém esperar que o problema se agrave. Ao suspeitar de cárie ou de outro problema incipiente, marque logo a consulta. Às vezes o risco para o feto é maior quando se adia a consulta ao dentista do que quando se vai a ela. Os dentes cariados, malcuidados, por exemplo, podem ser fonte de infecção generalizada, colocando em perigo o feto e a mãe. Os dentes sisos impactados, que ora se infectam, ora causam grande dor, também devem ser logo tratados.

No entanto, cumpre tomar certas precauções ao ir ao dentista nesse período, para garantir que o aporte de oxigênio ao feto não vá ser comprometido pelo uso de anestésicos gerais e que não seja usado qualquer anestésico prejudicial ao concepto. Na maioria dos casos, basta o emprego da anestesia local. Se houver necessidade absoluta de anestesia geral, deve ser essa ministrada por anestesiologista experiente. Discuta com o dentista e com o médico para garantir condições de segurança. Certifique-se de um possível uso de antibiótico antes ou durante o trabalho dentário.

Se depois deste a gestante ficar impossibilitada de mastigar sólidos, terá de modificar um pouco a dieta. Com a dieta só de líquidos é possível obter os nutrientes suficientes (temporariamente), através de *milk shakes* ricos em proteínas (ver *Milk Shake* Duplo, p. 125). Suplementando-os com frutas cítricas (se não arderem na gengiva) e com caldo ou sopa de legumes e carne reduzidos a purê, como nos suflês, com ricota, iogurte ou leite desnatado. Depois de tolerar os alimentos moles, passar para os suflês de legumes e de carne, ovos mexidos, iogurtes sem açúcar, compota de maçã, bananas amassadas, purê de batatas e cereais amassados e cozidos, enriquecidos com leite em pó desnatado.

Naturalmente, para todos os problemas dentários o melhor é a prevenção. Um programa preventivo, seguido com atenção durante toda a gravidez — e de preferência por toda a vida —, ajuda a evitar a maioria desses problemas.

- Marque uma consulta com o dentista pelo menos uma vez durante os nove meses para uma revisão e limpeza — uma vez por trimestre é ainda melhor. A limpeza é importante para remover placas, que não só aumentam o risco de cáries mas também agravam os problemas das gengivas. Evite os raios X, a menos que absolutamente necessários, e nesse caso adote as precauções especiais sugeridas à p. 97. O trabalho de rotina que requeira anestesia deve ser adiado, porque mesmo os anestésicos locais podem entrar na corrente sangüínea e atingir o feto. Se você teve problemas gengivais no passado, deve fazer também uma

revisão periodontológica durante a gravidez.

- Seguir a Dieta Ideal, não fazendo uso de açúcar refinado, ou só o usando pouco, sobretudo entre as refeições (evite também frutas secas entre as refeições), e consumindo em abundância alimentos ricos em vitamina C. O açúcar contribui para as cáries e para a doença gengival; a vitamina C fortalece as gengivas, reduzindo a possibilidade de sangramento. Assegurar a ingesta suficiente de cálcio diariamente (ver p. 111). O cálcio é necessário durante toda a vida para manter dentes e ossos fortes e sadios.

- Usar fio dental e escovar os dentes regularmente, segundo a recomendação do dentista. (Se o dentista não a instruir nessas medidas preventivas, é melhor trocar de profissional.)

- Para reduzir ainda mais as bactérias na boca, escovar a língua ao escovar os dentes. Ajuda a manter o hálito mais fresco.

- Se você não tiver à mão a escova de dentes e não estiver perto de uma torneira depois de comer, mastigue um chiclete sem açúcar ou belisque um pedaço de queijo ou um punhado de amendoim (todos parecem ter capacidade antibacteriana).

"Descobri um nódulo do lado da minha gengiva que sangra toda vez que escovo os dentes."

O que você descobriu é provavelmente um granuloma piogênico, que pode aparecer na gengiva ou em qualquer lugar do corpo. Embora sangre com facilidade e também seja conhecido pelo termo sombrio de "tumor da gravidez", é perfeitamente inócuo. Se incomodar muito, pode ser removido cirurgicamente. Se não for removido, costuma regredir espontaneamente depois do parto.

VIAGENS

"Será seguro sair de férias com meu marido na viagem que planejamos para este mês?"

Para a maioria das gestantes, a viagem durante o segundo trimestre não apenas é segura, mas também uma oportunidade perfeita para ficar sozinha com o marido, aproveitando juntos mais alguns momentos (pelo menos por um breve período). E sem fraldas, sem mamadeiras, e sem nada que diga respeito a bebês para se preocupar, é certo que será bem mais fácil sair de férias agora do que depois, já com ele por perto.

Naturalmente é necessária a permissão do médico; se a leitora tiver hipertensão arterial, diabetes ou outros problemas clínicos ou obstétricos, talvez não receba a permissão. (O que não significa não poder tirar férias. Se não puder viajar, instale-se com o marido num hotel a uma hora de distância do consultório do médico e aproveite!) Mesmo na gravidez de baixo risco, a viagem por longa distância não é uma grande idéia durante o primeiro trimestre, quando a possibilidade de aborto espontâneo é maior e quando o organismo ainda está se ajustando às novas condições físicas e emocionais inerentes à gestação. De forma análoga, também não se recomendam viagens longas no terceiro trimestre porque, caso tenha início o trabalho de parto, a gestante vai estar longe do médico e do hospital.

Não se recomenda viajar para grandes altitudes em qualquer período da gravidez, já que a adaptação da mãe à redução do oxigênio nessas condições pode ser um risco para si própria e o feto. Se a gestante tiver de fazer viagem desse tipo, convém limitar os esforços físicos durante vários dias após a chegada, para minimizar o risco da síndrome das

grandes altitudes.* Se estiver no último trimestre, o médico talvez recomende o exame cardiotocográfico, sem ocitocina, ao chegar ao seu destino, depois um por dia, nos dois dias seguintes, e em seguida duas vezes por semana. Qualquer sinal de sofrimento fetal irá justificar a administração de oxigênio e o retorno para altitude mais baixa.

Outros destinos impróprios são as regiões do mundo em desenvolvimento para as quais seria necessário tomar vacina. Algumas vacinas podem ser perigosas durante a gravidez. Outro ponto digno de menção é que essas regiões podem ser focos de certas infecções potencialmente perigosas para as quais não há vacina — outra razão para evitá-las.

Obtida a permissão do médico, tudo de que se precisa são um mínimo de planejamento e certas preocupações para assegurar a boa viagem da gestante e do bebê:

Planejar uma viagem relaxante. É preferível rumar direto para o destino a ficar perambulando por nove cidades em seis dias. As viagens programadas pela gestante são melhores do que as programadas por agências de turismo, nesse sentido. As horas de passeio e de compras devem ser intercaladas com as de leitura, relaxamento e repouso.

Seguir a Dieta Ideal durante a viagem. Mesmo de férias, para o bebê a rotina segue: ele continua a crescer, a se desenvolver e a necessitar dos mesmos nutrientes de antes. Não se requer um sacrifício absoluto durante as refeições, apenas prudência. É só pedir os pratos com consciência: além de saborear as delícias da cozinha local, a gestante estará assegurando o aporte nutricional do bebê. (Ver Jantando Fora no Melhor Estilo, p. 219.) Não deixar de fazer o desjejum ou o almoço só para poder depois esbanjar no jantar.

Não beber água comum ao viajar para o estrangeiro, a menos que você tenha certeza de sua pureza. (Optar pelo suco de frutas e pela água mineral, para assegurar a quota diária de líquidos.) Em algumas regiões pode não ser seguro comer frutas, legumes ou verduras crus, sem descascar.

Preparar a caixa de pronto-socorro da gestante. Trazer a quantidade suficiente de vitaminas para toda a viagem; trazer latas de leite em pó desnatado se houver chance de não encontrar leite fresco; trazer também caixa de germe de trigo ou de cereais para qualquer eventualidade; os remédios de enjôo não devem ser esquecidos, desde que prescritos pelo médico; o livro preferido sobre a gestação; sapatos confortáveis e grandes o suficiente para acomodar os pés inchados depois dos passeios mais longos; e desinfetante sanitário caso tenha de desinfetar algum banheiro público.

Ter à mão o nome de algum obstetra local. Só por via das dúvidas. O seu obstetra poderá indicar-lhe um. Há hotéis que dão esse tipo de informação. Se não puder encontrar um médico em caso de necessidade, procure o hospital mais próximo ou o pronto-socorro local.

Levar a história médica consigo. É sempre aconselhável, sobretudo quando se está grávida, viajar com um cartão de informações médicas em que esteja indicado o tipo de sangue, as medicações em uso ou às quais é alérgica, e qualquer outra informação médica pertinente, além do nome do médico, endereço e telefone. Pegue uma prescrição extra para cada medicação em uso e leve-a consigo,

*Entre os sintomas do mal das alturas ou das grandes altitudes estão: a falta de apetite, a náusea, o vômito, a flatulência (gases), a agitação, a cefaléia, a lassidão, a falta de ar, a redução da micção e uma série de alterações psicológicas.

junto com o passaporte, caso haja extravio das malas e dos medicamentos — temporário ou permanente — durante o trajeto. Você pode obter também a assinatura de um médico local para as receitas já assinaladas pelo seu médico na cidade de origem; o médico num serviço de emergência concordará em ajudar você.

Evitar as mudanças de horário. As modificações de horário e da dieta podem complicar o problema da prisão de ventre. Para evitar isso, trate de fazer uso dos três principais inimigos da constipação: as fibras, os líquidos e os exercícios. (Ver Prisão de Ventre, p. 171.) Às vezes ajuda fazer o desjejum um pouco mais cedo, para dar tempo de ir ao banheiro antes de sair a passeio.

Quando tiver de ir ao banheiro, vá. Não estimular o aparecimento de infecção urinária adiando as idas ao banheiro. Vá sempre que sentir vontade.

Obtenha o apoio de que necessitar. Por exemplo, meias elásticas. Sobretudo se já sofrer de varizes — ou mesmo que apenas suspeite de alguma predisposição a elas — use meias elásticas quando ficar muito tempo sentada (em carros, em aviões, em trens, por exemplo) e quando ficar muito tempo de pé (em museus, em filas).

Não fique muito parada durante a viagem. Sentar por longos períodos pode restringir a circulação das pernas. Levante-se e ande, pelo menos de hora em hora ou de duas em duas horas quando estiver em avião ou trem. Ao viajar de carro, não deixe de parar de duas em duas horas para esticar as pernas. Ao ficar sentada, faça os exercícios simples descritos à p. 230.

Se estiver viajando de avião: ver se a companhia aérea impõe restrições às gestantes. Viajar na parte da frente do avião (de preferência próximo ao corredor, a fim de que possa se levantar e esticar ou usar o banheiro quando precisar), e *nunca voar em cabine não-pressurizada.* Todos os jatos comerciais são pressurizados, mas os de pequenas companhias particulares e alguns outros menores podem não o ser: as alterações na pressão a grandes altitudes podem privá-la — e ao bebê — de oxigênio.

Ao marcar o vôo, pergunte sobre a existência de refeições especiais e peça uma que assegure a quota necessária de proteínas além de pão integral, se for possível. Há companhias em que as refeições de baixo teor de colesterol, ovolactovegetarianas ou baseadas em produtos do mar asseguram melhor nutrição do que o cardápio regular. Beba água, leite e suco de fruta em abundância para combater a desidratação causada pela viagem aérea e traga consigo também biscoitos (integrais), pedaços de queijo, legumes crus, frutas frescas e outros alimentos para complementar a refeição durante o vôo.

Use o cinto de segurança com conforto — aperte-o abaixo do abdome. Se houver diferença de fuso horário para onde você vai, considere as possíveis conseqüências. Repouse antes da viagem e tenha um ritmo de vida calmo durante alguns dias ao chegar ao destino. Também ajuda se você tentar aos poucos modificar antecipadamente os seus hábitos para o horário da região para onde vai: antecipe ou atrase a hora das refeições e a hora de dormir, e depois de chegar exponha-se à luz forte — como a luz do dia — durante o período em que estaria dormindo se estivesse em casa.

Se estiver viajando de carro: Mantenha à mão uma sacola ou bolsa com lanches nutritivos e uma garrafa térmica de suco ou de leite para quando a fome atacar. Para as viagens longas, leve uma almofada ou algum outro apoio especial para as costas, desses vendidos em loja de autopeças. Um travesseiro para

Jantando Fora, no Melhor Estilo

- Os **melhores** restaurantes são os que servem peixes, frutos do mar, aves, carnes magras, ao lado de legumes e verduras frescas, saladas variadas e batatas.

  Outra excelente opção, se seu estômago andar indisposto com as iguarias, são os especializados em comida indiana, em que são servidas entradas ricas em proteínas (muitas vezes marinadas com iogurte) ao lado de verduras, legumes e saladas, além de pão integral, às vezes recheado com legumes, e temperadas com legumes ao *curry*. (As vegetarianas facilmente podem fazer uma refeição rica em proteínas com lentilha, ervilhas, grão-de-bico e uma série de queijos vegetarianos.)

  São poucos os restaurantes que aceitam pedidos para limitar a quantidade de gordura, açúcar e sal, mas há os que oferecem pães, arroz e massas feitos com farinha de trigo integral; insista nas saladas e nos legumes, sempre.

- Num **segundo grupo** estão os italianos, desde que os molhos cremosos sejam substituídos pelos mais leves, ou peça peixes, frango, vitela e legumes frescos (couve, espinafre etc.). Há também os franceses, na linha *nouvelle cuisine* (mais leve do que a francesa clássica), embora os molhos devam ser pedidos à parte; os especializados em comida *Cajun*, ou à Louisiana, desde que você se atenha aos peixes (cozidos, no vapor, grelhados ou assados) ou aos frutos do mar e os ensopados de frutos do mar/aves/legumes, como o *jambalaya* (mas vá com calma no arroz branco); os especializados em comida judaica, se você evitar as carnes gordas (e alguns pratos especiais que contêm nitratos), os molhos, os amiláceos supérfluos, o pão de centeio, e os picles salgados; e os gregos ou orientais, se pedir peixe grelhado ou assado, ou carne de vaca, aves (também grelhadas ou assadas), acompanhados de *bulgur* ou arroz integral.

  Em seguida vêm os chineses, pois muitos oferecem arroz integral, pratos "leves" ou feitos no vapor que não contêm grande quantidade de molho de soja, mas evi-

apoiar o pescoço também ajuda a melhorar o conforto. Se você não estiver atrás do volante, sente-se o mais para trás possível para esticar ao máximo as pernas. E, naturalmente, use o cinto de segurança o tempo todo (ver p. 221).

Se estiver viajando de trem: verificar se há vagão-restaurante com cardápio completo. Caso contrário, é preciso trazer alimentos de casa em quantidade suficiente. Ao viajar à noite, fique em vagão-dormitório ou em cabine-leito. Não convém começar as férias já com exaustão.

COMENDO FORA

"Tento seguir a dieta corretamente, mas com almoço de negócios quase todos os dias, é quase impossível."

Para a maioria das gestantes o desafio em almoços de negócios (ou em jantares fora de casa) não está em substituir martínis por água mineral: o verdadeiro desafio é fazer uma refeição nutritiva em meio a um cardápio que inclui massas, pães, pratos bem temperados sem qualquer valor nutritivo e doces tentadores. Mas através das seguintes sugestões é possível fazer-se acompanhar da Dieta Ideal em qualquer situação:

- Afaste a cestinha do pão, a menos que esteja repleta de produtos integrais (faça uma exceção se estiver com muita fome e não houver mais nada à vista no horizonte). Cuidado com os pães "pretos", como os de centeio: o seu aspecto integral pode ter origem em caramelo ou em melado e não em

tando as frituras e os pratos agridoces ricos em açúcar. A abundância de pratos com *tofu* torna os restaurantes chineses uma excelente opção para as vegetarianas.

Os restaurantes mexicanos e espanhóis, que oferecem cozinha mais leve, preparam alimentos com óleo vegetal e não com banha de porco. Incluem legumes no cardápio (excelente pedida: uma tigela de *gazpacho*), que atendem bem à gestante; estão entre os melhores para as vegetarianas, que obtêm ali proteínas e cálcio em abundância e *enchiladas* de milho recheadas de queijo e feijão.

Em seguida, sobretudo para almoços, vêm as *delicatessen* (se você evitar os frios e se ater ao atum, aos ovos, aos frangos, ou às saladas, ou então aos sanduíches de atum, de ovo, de galinha, de peru, ou de rosbife com pão integral e com alface e tomate, junto com uma salada de repolho cru); os *coffeeshops*, onde se consiga de tudo, desde peixe grelhado a saladas, dos ovos quentes aos sanduíches de pão integral; alguns restaurantes tipo *fast-food*, sobretudo os que ofereçam variedade de saladas ou outros cardápios mais sadios; e os restaurantes naturais e vegetarianos (naturalmente, ideais para vegetarianas, embora muitos hoje sejam ideais para todo mundo). Neles consegue-se fazer refeições completas desde que não fiquemos privadas de proteína e com excesso de gordura.

- Entre os **menos** recomendados durante a gravidez estão os japoneses, já que o *sushi*, como todo peixe e toda carne crua, é um completo tabu, já que *tempura* é fritura e os pratos de *sukiyaki* e *teriyaki* são ricos em molho de soja (alto teor de sódio); os alemães, os russos e outros europeus onde calorias de baixo valor nutritivo se escondem nos pães, na gordura das frituras, nos bolinhos de massa, e nos molhos, e no excesso de gordura e de nitratos encontrados nas salsichas e similares.

A comida brasileira oferece excelentes opções para gestantes, desde que se evitem as frituras, os legumes excessivamente cozidos, os alimentos preparados na banha, e assim por diante.

Alguma indiscrição ao jantar fora, muito ocasional, não prejudica evidentemente a dieta da gestante. Mas não abuse — cuide-se.

grãos integrais.[5] Certifique-se de controlar a manteiga ou a margarina no pão de acordo com a cota diária permitida; ao passá-las no pão lembre-se que podem haver outras fontes de gordura na refeição (por exemplo, na cobertura da salada, e nos legumes amanteigados).

- Peça salada como primeira opção, e peça azeite ou vinagre em separado, para que você mantenha a orientação da Dieta Ideal para o consumo de gordura. Entre os outros produtos de primeira escolha estão a mozarela fresca e os tomates, o coquetel de camarão e os legumes grelhados ou marinados.

- Se pedir sopa, opte pelo consomê ou pelo caldo (claros), ou por sopa de legumes, ou à base de leite ou de iogurte. Evite as sopas cremosas (a menos que você saiba que foram feitas à base de leite).

- Como prato principal, dê preferência a um com elevado teor de proteína e baixo teor de gordura. Peixe, aves e vitela costumam ser a melhor opção,

[5] O consumo ocasional de massa branca, de arroz branco ou de pão branco não diminuirá as chances do bom resultado da Dieta Ideal, mas seu consumo freqüente diminuirá. Se só for possível esse tipo de alimento ao sair para comer fora, e se comer fora com freqüência, traga consigo um pequeno frasco de germe de trigo (talvez você acabe gostando do produto) e polvilhe o germe nos alimentos sem valor nutritivo para dar-lhes o valor nutricional que deveriam ter. Ou traga consigo a sua própria porção de grãos integrais ou de pão integral.

desde que assados, grelhados ou refogados, e nunca fritos em óleo ou manteiga ou em molhos ou temperos ricos. Se todos os pratos vierem com molho, peça-o separado. Muitas vezes o *maître* ou o cozinheiro-chefe atenderão ao pedido de um peixe grelhado com pouca ou nenhuma gordura. Se você for vegetariana, examine com atenção o cardápio: dê preferência a vagem, ervilha, queijos, ou a outras combinações semelhantes. Uma lasanha verde, por exemplo, é boa opção em restaurante italiano.

- Como complemento, batatas — menos as fritas ou as feitas com muita manteiga —, arroz integral, outros cereais, massas, feijões e ervilhas secas e legumes frescos e pouco cozidos.

- Exceto em ocasiões especiais, as sobremesas devem ser restringidas a frutas e morangos, amoras etc., frescos ou cozidos (com um bocado de creme batido, se você desejar). Às vezes, uma espiral de iogurte gelado ou uma concha de sorvete não têm problema. Se você ansiar por algo mais, belisque um pouco a sobremesa que acompanha o jantar. Não se acanhe ao chegar em casa: ataque os sucos; veja algumas receitas às pp. 123 a 129. Ou experimente algumas das marcas existentes no mercado.

O USO DE CINTO DE SEGURANÇA

"Devo usar o cinto de segurança ao viajar de carro ou de avião?"

Qual a principal causa de morte nos países desenvolvidos entre as mulheres em idade fértil? Toxemia? Parto? Infecção puerperal? Na realidade, nenhuma dessas. A forma mais comum da mulher jovem perder a vida é em acidente de carro. E a melhor forma de evitar esse desfecho — além de sérias lesões para a mãe e o filho que ainda não nasceu — é só uma: usar o cinto de segurança. As estatísticas provam conclusivamente que é muito mais seguro colocar o cinto do que não colocá-lo.

Para um máximo de segurança e um mínimo de desconforto, aperte o cinto abaixo da barriga, sobre a pelve e as coxas. Se houver amparo para o ombro, use-o sobre o ombro e cruze-o em diagonal pelo peito, não *sob* os braços. E não se preocupe: a pressão do cinto numa parada brusca não vai machucar o bebê, que é protegido pelo próprio líquido amniótico.

ESPORTES

"Gosto de jogar tênis e de nadar. Posso continuar?"

Recomenda-se, sem dúvida, que todos preservem a aptidão física; as gestantes não são exceção. Na maioria dos casos, a gravidez não implica abandonar a vida esportiva — basta lembrar que se está carregando na barriga uma nova vida e praticar um pouco mais de bom senso e moderação. Os médicos, na grande maioria, permitem às gestantes com gravidez normal prosseguir com o esporte que praticam, tanto quanto possível — mas com várias advertências. Entre as mais importantes: "Nunca fazer exercícios ao ponto da fadiga." (Ver Exercícios Durante a Gravidez, p. 225 para maiores informações.)

VISÃO

"Minha vista piorou depois que engravidei. As lentes de contato não servem mais. Será que estou delirando?"

Não. Os olhos também podem pagar o preço da gestação, embora estejam distantes do útero. Pode haver perda da acuidade visual e as lentes de contato podem se tornar incômodas. Tais efeitos quase sempre se relacionam à retenção de líquido, mas podem ser um problema.

A visão deverá melhorar depois do parto. Os olhos deverão voltar ao normal. É preferível usar óculos durante a gravidez ou lentes de contato gelatinosas, se possível, até o parto.

Mas há outros sintomas visuais que podem indicar outros problemas. O borramento da visão, a visão turva, os pontos pretos e os escotomas cintilantes ou mesmo a visão dupla que persiste por mais de duas a três horas são motivo para chamar o médico.

PLACENTA PRÉVIA (Implantação Baixa da Placenta)

"O médico me disse que a sonografia mostrou que a placenta estava baixa, perto do colo uterino. Disse também que ainda era cedo para me preocupar; quando devo começar a me preocupar?"

Como o feto, a placenta se movimenta bastante durante a gestação. Na realidade não chega a voltar ao lugar normal, mas parece que migra para cima à medida que o segmento inferior do útero se distende e cresce. Embora estime-se que 20% a 30% das placentas estejam no segmento inferior no segundo trimestre (com uma porcentagem ainda maior antes de 20 semanas de gestação), a grande maioria se move para o segmento superior ao se aproximar a época do parto. Se isso não acontecer e a placenta permanecer em posição uterina baixa, tem-se o diagnóstico de "placenta prévia". Essa complicação ocorre apenas em 1% ou menos das gestações a termo. E só em 1 entre 4 desses casos a placenta se localiza em posição tão baixa que chega a causar sintomas — recobrindo parcial ou completamente o óstio uterino, ou seja, a abertura do útero.

Assim, como você pode ver, o médico tem razão. É muito cedo para se preocupar — e estatisticamente falando, são poucas as chances de que você tenha de se preocupar. Se a sonografia continuar mostrando a baixa placentação até o oitavo mês, já em fase adiantada, leia sobre a placenta prévia à p. 401.

O ÚTERO E AS INFLUÊNCIAS EXTERNAS

"Tenho uma amiga que insiste em levar o filho, que ainda não nasceu, a concertos que o tornarão um amante da música e outra cujo marido lê histórias para o filho, ainda na barriga, todas as noites, para torná-lo um amante da literatura. Será que tudo isso é uma bobagem?"

No estudo da vida fetal, está ficando cada vez mais difícil distinguir entre o que é fato e o que é bobagem. E embora se falem muitas bobagens, os cientistas começam a acreditar que algumas dessas teorias aparentemente fictícias talvez no fundo tenham algum fundamento. Apesar disso, são necessárias muitas outras pesquisas antes que se possa responder à sua pergunta com certeza.

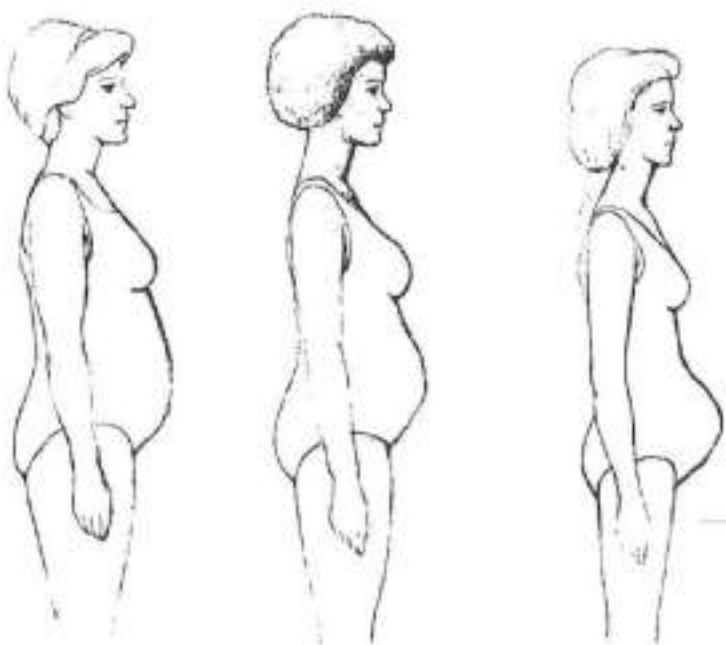
Como a capacidade de ouvir é razoavelmente bem desenvolvida no feto pelo fim do segundo trimestre ou no início do terceiro, é verdade que o bebê de sua amiga ouve a música e que o outro ouve o que o papai lê em voz alta. Mas o que isso vai significar a longo prazo não se sabe ao certo. Alguns pesquisadores da área crêem que na realidade seja possível estimular o feto antes do nascimento para que se produza, em certo sentido, um "superbebê". Pelo menos um disse fazer com que os bebês fossem capazes de falar aos seis meses e ler com um ano e meio de idade: expondo o feto a imi-

tações rítmicas cada vez mais complexas do batimento cardíaco da mãe. Outros questionam a sensatez de nos intrometermos na natureza dessa forma, acreditando que tal atitude poderia, a longo prazo, ser prejudicial.

Sem dúvida, qualquer um que entenda do desenvolvimento infantil seria muito prudente em criar um superbebê, antes ou depois de seu nascimento. Para o bebê, é muito mais importante descobrir que é amado e querido do que aprender a falar e a ler.

Isso não quer dizer que a tentativa de fazer contato com o bebê antes de nascer, ou mesmo de ler ou de tocar música para ele, seja prejudicial ou perda de tempo. Qualquer espécie de comunicação pré-natal pode dar a você um bom início no longo processo de construção dos laços afetivos entre os pais e o filho recém-nascido. Isso pode não se traduzir necessariamente numa maior intimidade quando ele crescer, mas talvez facilite a convivência naqueles primeiros dias.

A Silhueta da Barriga no Quinto Mês



São mostradas apenas três silhuetas da mulher ao fim do quinto mês. As variações são incontáveis. Dependendo do seu tamanho, da forma, do peso até então adquirido e da posição do útero, a barriga pode ser mais alta, mais baixa, maior, menor, mais larga, mais comprida.

Por certo, se você se sente uma tola ao conversar com a sua barriga grande, não se preocupe: não é por isso que o bebê vai deixar de conhecê-la. Ele ou ela está se habituando ao som da sua voz — e provavelmente à de seu marido também — todas as vezes que vocês conversam entre si ou com outra pessoa. É por isso que muitos recém-nascidos parecem reconhecer as vozes dos pais. Podem inclusive se familiarizar com outros sons que são comuns ao meio ambiente da mãe. Enquanto um recém-nascido que teve pouca exposição pré-natal ao latir de um cão pode levar um susto ao ouvir o som, o que ouviu muitos latidos não vai nem piscar.

A exposição à música também pode ter algum impacto sobre o feto. Há informes onde se diz que alguns fetos têm demonstrado preferência (por modificação de seus movimentos) por certos tipos de música — em geral os mais delicados. Informa-se que certa peça (numa pesquisa, era uma de Debussy) tocada repetidas vezes para o feto às vezes, quando ele e a mãe estavam tranqüilos, fazia com que o bebê mais tarde gostasse da peça e se acalmasse ao ouvi-la. Naturalmente, a maioria dos especialistas concordaria que a exposição do bebê à boa música depois de nascer provavelmente é bem mais significativa na criação de um amante da música do que a exposição do feto, durante a vida intra-uterina.

Também sugere-se que, como o sentido do tato também já está desenvolvido na vida intra-uterina, o afagar do abdome ou o "brincar" com um joelhinho ou com as nádegas quando esses estão voltados para cima é atitude que ajuda no estabelecimento de laços afetivos entre pais e filhos. Seja isso falso ou verdadeiro, não há mal em tentar. Sem dúvida, é improvável que a mãe deva fazer um esforço consciente para tocar mais no bebê; mesmo os estranhos dificilmente conseguem manter as mãos afastadas de um ventre grávido.

Portanto, desfrute do contato com o bebê agora, mas não se preocupe em ensinar-lhe fatos ou transmitir-lhe informações — você vai ter muito tempo para isso no futuro. Como logo descobrirá, as crianças crescem muito depressa, de qualquer forma. Não há necessidade para acelerar o processo, sobretudo antes do nascimento.

A MATERNIDADE

"Será que vou ser feliz com o meu futuro bebê?"

As pessoas, na maioria, enfrentam as grandes mudanças de vida — ao casar, ao começar nova carreira, ao nascer um filho — imaginando se lhes trarão felicidade. E se começarem com idéias fantasiosas poderão acabar no maior desapontamento. Se a leitora achar que a maternidade vai ser um mar de rosas, com preguiçosos passeios ao parque pela manhã, com dias ensolarados passados no zoológico, com horas e horas a organizar um guarda-roupinha em miniatura, com roupas cheirosas e limpas, convém preparar-se para um choque. Haverá muitos dias em que a noite vai chegar sem que você e o seu bebê vejam a luz do sol, muitos dias ensolarados passados junto ao tanque, ou passando a ferro, e muito poucas roupinhas limpas que chegarão a escapar das bananas amassadas e das vitaminas cuspidas pelo bebê. E se estiver pensando em trazer do hospital para casa um bebezinho encantador, lindo e comunicativo, pode se preparar para a desilusão. O bebê, além de não ser amoroso e sorridente durante várias semanas, dificilmente se comunicará com a mãe, exceto pelo choro — sobretudo quando a mãe se sentar para jantar, quando começar a fazer sexo, quando tiver de ir ao banheiro ou quando se sentir tão cansada que não consegue nem se mover.

O que a leitora *pode* esperar, realisticamente, é ter nisso tudo uma das mais maravilhosas, mais miraculosas experiências de vida. A satisfação que sentirá ao embalar o bebezinho quente e sonolento (mesmo que o anjinho ainda há pouco fosse um diabinho aos berros) é incomparável. E isso — junto aos primeiros sorrisos desdentados dirigidos só à mãe — valerá todas as noites insones, todos os atrasos para o jantar, toda a roupa para lavar e passar e todo o romance frustrado.

Será que você vai ser feliz com o futuro bebê? Sim, na medida em que criar a expectativa de um bebê real e não de uma fantasia.

O Que É Importante Saber: Os Exercícios Durante a Gravidez

Os executivos os fazem. Os mais velhos também. Os médicos, os advogados e os operários praticam-nos também. Se os praticam, pensam as gestantes, por que não nós?

Evidentemente estamos falando de exercícios. E, se você quer saber, para as gestantes, na grande maioria, só há uma resposta: sim. O conceito de gestação como doença e o da mulher grávida como inválida, delicada demais para subir um lance de escadas ou carregar uma sacola de compras, são tão atualizados quanto o da anestesia geral para os partos co-

A Posição Básica e os Exercícios de Kegel

Deitada de costas, joelhos flexionados, afastados cerca de 30 cm, sola dos pés no chão. Cabeça e pescoço apoiados em almofadas, braços em repouso, estendidos ao lado do corpo. Para fazer os exercícios de Kegel, é simples: basta contrair com firmeza os músculos ao redor da vagina e do ânus, mantendo-os contraídos o mais que puder (chegando a 8 ou 10 segundos). Em seguida, liberar os músculos vagarosamente e relaxar. Podem também, e a partir do quarto mês devem, ser feitos de pé, sentada ou ao urinar. Fazer seqüências de pelo menos 25 contrações várias vezes ao dia. Nota: Os exercícios na posição básica devem ser feitos somente até o quarto mês. Depois disso, exercitar-se deitada de costas não é recomendável, pois o útero em crescimento pode pôr uma pressão excessiva nos principais vasos sangüíneos.

muns. Embora ainda estejam em andamento numerosas pesquisas a respeito dos exercícios durante a gravidez, a atividade física moderada é hoje considerada não apenas segura como também extremamente benéfica para a maioria das gestantes e dos bebês.

Por mais ansiosa que você esteja para sair correndo na pista de *jogging*, entretanto, é preciso antes tomar uma precaução de importância vital — ir ao consultório do médico. Mesmo que esteja se sentindo ótima, é preciso a aprovação médica para vestir o *training* do marido e sair correndo. As gestantes incluídas em categorias de alto risco terão de moderar os exercícios ou talvez até nem praticá-los na sua rotina. Mas se a leitora estiver incluída entre a grande maioria das gestantes sem maiores problemas, e o médico der sinal verde, vista a roupa e bola para frente.

OS BENEFÍCIOS DA PRÁTICA DE EXERCÍCIOS

Parece que as gestantes que não se exercitam durante a gestação vão ficando progressivamente menos em forma à medida que os meses passam — sobretudo porque vão ficando cada vez mais pesadas. Os bons programas de exercício (que possam ser incluídos na sua rotina diária) permitem combater essa tendência, propiciando uma melhor forma física.

São de quatro tipos os exercícios de maior utilidade durante a gravidez: os aeróbios, os calistênicos, os de relaxamento e os de Kegel.

Os aeróbios. São exercícios rítmicos e repetitivos, cansativos o suficiente para aumentar a demanda muscular de oxigênio, embora não tão extenuantes que a oferta suplante a demanda (incluem-se a caminhada, o *jogging*, andar de bicicleta, nadar, as partidas simples de tênis). Estimulam o coração e os pulmões, além da atividade muscular e articular — causando benéficas alterações globais no organismo, especialmente na capacidade de processar e de utilizar o oxigênio, coisa muito importante para a gestante e para o bebê. Os exercícios muito cansativos para serem mantidos durante os 20 ou 30 minutos necessários para esse efeito benéfico "condicionador" (como a corrida de velocidade) ou mesmo os nem tão cansativos (as partidas de tênis em duplas, por exemplo) não são considerados aeróbios.

Os exercícios aeróbios melhoram a circulação (fomentando o transporte de oxigênio e os nutrientes para o feto, ao mesmo tempo em que diminuem o risco de varizes, de hemorróidas e de retenção de líquido); aumentam o tônus e a força muscular (não raro evitando ou aliviando as dores nas costas e a prisão de ventre, facilitando o transporte de peso extra existente durante a gravidez, e também o parto); melhoram a resistência (ajudando a gestante a enfrentar o trabalho de parto mais prolongado); queimam calorias (permitindo à grávida melhor alimentar a si própria e ao bebê sem a necessidade de ganhar peso excessivo e assegurando melhor forma física no pós-parto); atenuam a fadiga e promovem melhores noites de sono; geram um sentimento de bem-estar e de confiança; e, de um modo geral, melhoram a capacidade da mulher de enfrentar os desafios físicos e emocionais do parto.

Os calistênicos. São movimentos de ginástica rítmicos, leves, que tonificam e desenvolvem a musculatura e melhoram a postura. Prestam-se particularmente às gestantes quando voltados para o combate das dores lombares, melhorando o bem-estar físico e mental e preparando-lhes o corpo para a árdua tarefa do parto. Os exercícios calistênicos destinados a pessoas em geral, porém, podem ser perigosos para as gestantes.

Os de relaxamento. Os exercícios respiratórios e de concentração relaxam a mente e o corpo, ajudam a preservar a energia para os momentos de maior necessidade, ajudam na melhor concentração mental e aumentam a consciência que se tem do corpo — elementos que ajudam a mulher a melhor enfrentar o desafio do parto. Os exercícios de relaxamento são valiosos em combinação com outros exercícios físicos, ou mesmo isoladamente — sobretudo em gestações em que os exercícios mais ativos estão proibidos.

Os de Kegel (de tonificação pélvica). Procedimento simples para melhorar o tônus da musculatura das regiões vaginal e perineal, fortalecendo-as para o parto e auxiliando o restabelecimento no puerpério. Trata-se de exercício que todas as gestantes podem praticar e dele se beneficiar em qualquer época, em qualquer lugar.

COMO DESENVOLVER UM BOM PROGRAMA DE EXERCÍCIOS

Quando iniciar. O melhor momento para conquistar boa forma física é antes de engravidar. Mas nunca é tarde demais para começar — mesmo para quem está no nono mês, já entrando em trabalho de parto.

Começar devagar. Depois de decidir que está na hora de começar um programa de condicionamento físico, a pessoa sempre se sente tentada a dar início rapidamente — correndo 5 quilômetros na primeira manhã, fazendo duas sessões numa mesma tarde. Mas esse início entusiasmado não leva ao condicionamento: só às dores musculares, à decisão de ir com mais calma, e ao repentino abandono. Pode também ser perigoso.

Basculação da Bacia

Posição básica (ver nota ao pé de A Posição Básica e os Exercícios de Kegel). Expirar ao comprimir a parte mais baixa das costas contra o chão. Em seguida, inspirar e relaxar a coluna. Repetir essa seqüência várias vezes. O balanceio (movimento de báscula) também pode ser feito de pé, com as costas junto à parede (inspirando ao comprimir a parede com a parte mais baixa das costas). Na posição de pé, o exercício é excelente para melhorar a postura e é recomendável após o quarto mês.

Corcova de Dromedário

Este exercício é de grande utilidade durante toda a gravidez e até no trabalho de parto, para aliviar a pressão uterina feita sobre a coluna. Ficar de quatro, com as costas em posição natural, relaxada (sem deixar a coluna abaixar). Cabeça estendida, pescoço alinhado com a coluna. Arquear então as costas, relaxando o abdome e as nádegas e deixando a cabeça pender completamente. Gradualmente, descontrair as costas e trazer a cabeça à posição original. Repetir várias vezes.

Claro que se você seguia um programa de exercícios antes da gravidez, provavelmente poderá continuar com ele — embora talvez de forma modificada (ver p. 231). Mas se você for uma atleta inexperiente, entretanto, vá com calma. É preciso começar com 10 minutos de aquecimento seguidos de 5 minutos de exercícios mais vigorosos e outros 5 minutos de desaquecimento. Quando sobrevêm o cansaço é preciso interromper o exercício mais extenuante. Depois de alguns dias, se o corpo se ajustar bem, convém aumentar o período de atividade mais extenuante alguns minutos por dia até um máximo de 15 minutos.

Ir devagar sempre que começar a sessão. O aquecimento pode ser tedioso quando se está ansiosa para começar logo com os exercícios (e dar por encerrada a sessão). Mas como todo atleta sabe, o aquecimento é parte essencial do programa. Permite que o coração e a circulação não sejam sobrecarregados repentinamente e reduz os riscos de que os músculos e as articulações, mais vulneráveis quando "frios" — sobretudo durante a gravidez —, venham a sofrer lesão. Caminhar antes de correr, fazer exercícios de extensão antes dos calistênicos, nadar devagar antes de começar as voltas na piscina. No caso de exercícios de alongamento, tenha o cuidado de não se esforçar em excesso, pois isso poderia danificar as articulações já afrouxadas pela gravidez.

Terminar vagarosamente, da mesma forma que ao começar. Cair em colapso parece ser a conclusão lógica de qualquer treino, mas fisiologicamente não convém. A interrupção repentina represa o sangue nos músculos, reduzindo o seu aporte para outras partes do corpo e para o bebê. Podem surgir tonteira, desmaio, palpitações, náusea. Assim, é melhor terminar a sessão de exercícios

com exercícios: caminhar 5 minutos depois de correr, ficar chapinhando na água depois de nadar, fazer exercícios leves de alongamento depois de qualquer atividade. Completar o desaquecimento com alguns minutos de relaxamento.

Evite a tontura (e uma possível queda) levantando-se lentamente após uma série de exercícios no chão.

De olho no relógio. Muito pouco exercício não é eficaz; exercício em excesso pode ser debilitante. Um treino completo, do aquecimento ao desaquecimento, pode levar de 30 minutos a uma hora. Mas o American College of Obstetrics and Gynecology recomenda que os períodos de exercício extenuante — durante os quais a freqüência cardíaca (pulso) não deve ultrapassar os 140 batimentos/minuto — sejam limitados a 15 minutos. Para mulheres sadias cuja vida era sedentária antes da gestação, a prática de exercícios durante 20 a 30 minutos, incluindo o aquecimento e o desaquecimento, em dias alternados parece um objetivo realista e seguro. A mulher que já os praticava poderá, desde que o médico aprove, intensificá-los.

Persistir com regularidade. A irregularidade (quatro vezes numa semana e nenhuma na seguinte) na prática de exercícios não coloca ninguém em forma. Só a sua prática regular (três ou quatro vezes por semana, todas as semanas) o fará. Ao sentir-se muito cansada para um treino mais extenuante, não convém forçar; basta tentar o aquecimento para que os músculos continuem flexíveis e não se perca a disciplina. Muitas mulheres dizem se sentir melhor quando fazem exercícios todos os dias.

Incluir os exercícios na rotina diária. A melhor maneira de se garantir que os

Relaxamento do Pescoço

O pescoço, tantas vezes foco de tensão, fica controlado sob situações de estresse. O exercício ajuda a relaxar não só o pescoço mas também todo o resto do corpo: sentar em posição cômoda (a do alfaiate talvez seja a melhor) com os olhos fechados. Delicadamente, girar a cabeça, descrevendo um círculo completo, inspirando ao mesmo tempo. Expirar e relaxar, deixando a cabeça cair para a frente confortavelmente. Repetir 4 ou 5 vezes, alternando o sentido do movimento circular e relaxando entre eles. Fazer o exercício várias vezes por dia.

Não Fique Aí Sentada...

Ficar sentada por longos períodos sem uma pausa não é boa idéia para ninguém e particularmente contra-indicado quando se está grávida. Faz com que não só o sangue fique represado nas veias das pernas, como também os pés inchem e pode levar a outros problemas. Se o seu trabalho requer longos períodos na cadeira, ou se você assiste TV por horas a fio ou se for viajar por longas distâncias com freqüência, trate de fazer pausas de hora em hora (cinco a dez minutos caminhando, para esticar as pernas). Ao ficar sentada, faça periodicamente alguns exercícios que melhoram a circulação: algumas respirações profundas; estender as pernas, fletindo os pés; contrair os músculos do abdome e das nádegas (numa espécie de movimento de báscula da pelve). Se as suas mãos costumam inchar, também espiche os braços acima da cabeça e abra e feche as mãos.

exercícios serão feitos e dedicando-lhes um horário específico: logo pela manhã, ao levantar; antes de ir para o trabalho; durante o intervalo para o café; ou antes do jantar. Se a leitora não tiver um horário livre para praticá-los, poderá incluí-los às atividades diárias. Vá a pé ao trabalho, se puder; estacione o carro antes, ou desça do ônibus um ou dois pontos antes e vá até o trabalho caminhando. Ou vá a pé com as crianças para o colégio (ou para a casa de uma amiga), em vez dirigir. Passe o aspirador de pó pela casa numa marcha constante, de 20 minutos, depois de alguns exercícios de aquecimento; você estará limpando os carpetes e ao mesmo tempo se exercitando. Em vez de jogar-se diante da TV com o marido depois de ter lavado a louça do jantar, peça a ele que a acompanhe numa caminhada. Não importa o grau de ocupação que se tenha durante o dia: quando há vontade, há sempre uma forma de praticar alguma forma de exercício.

Compensar as calorias queimadas. Provavelmente a melhor parte desse programa está na possibilidade de a gestante comer mais. Como sempre, essas calorias a mais devem ser levadas na devida conta. É uma oportunidade para acrescentar nutrientes ainda melhores para o bebê. A gestante terá de consumir mais 100 a 200 calorias para cada meia hora de exercício extenuante. Se acreditar que está consumindo calorias o suficiente, mas ainda sem ganhar peso, talvez esteja se exercitando em demasia.

Reponha os líquidos eliminados. Para cada meia hora de atividade extenuante você vai precisar de pelo menos um copo d'água, cheio, para compensar a perda de líquido pela transpiração. Em tempo de calor a necessidade é maior, ou quando você estiver transpirando profusamente: beba antes, durante e depois do exercício. A balança pode lhe dar um indício de quanto você precisa beber de líquido: duas xícaras para cada 500 gramas perdidos durante o exercício.

Recomendações para quem preferir a ginástica em grupo. Precisa ser um grupo de ginástica para gestantes. Como nem todos que se dizem especialistas de fato o são, é melhor verificar as credenciais dos instrutores. A ginástica em grupo funciona melhor para algumas mulheres do que a prática solitária (sobretudo quando há falta de autodisciplina), por nele encontrarem apoio e estímulo. Os melhores programas são os de intensidade moderada; três vezes por semana, pelo menos; individualizados à capacidade

de cada gestante; não fazem uso de música de ritmo forte, acelerado, capaz de levar as participantes ao excesso; dispõe de médicos ou de outros especialistas para esclarecer certas questões.

PRATICANDO EXERCÍCIOS COM SEGURANÇA

Não treinar de estômago vazio. A proibição da mamãe de não nadar depois das refeições era válida até certo ponto. Mas praticar exercícios de estômago vazio pode ser igualmente perigoso. Se a gestante não come há horas, convém fazer um lanche leve e beber um copo de água ou de suco 15 a 30 minutos antes de começar o aquecimento. Se houver incômodo por ter comido pouco antes da ginástica, é só fazer o lanche uma hora antes.

Usar roupas apropriadas. Usar roupas folgadas ou malha durante a ginástica. O tecido deve permitir que o corpo respire — diga-se o mesmo das roupas de baixo, que devem ser de algodão. Os sapatos bem-ajustados destinados à prática esportiva protegem os pés as articulações dos pés.

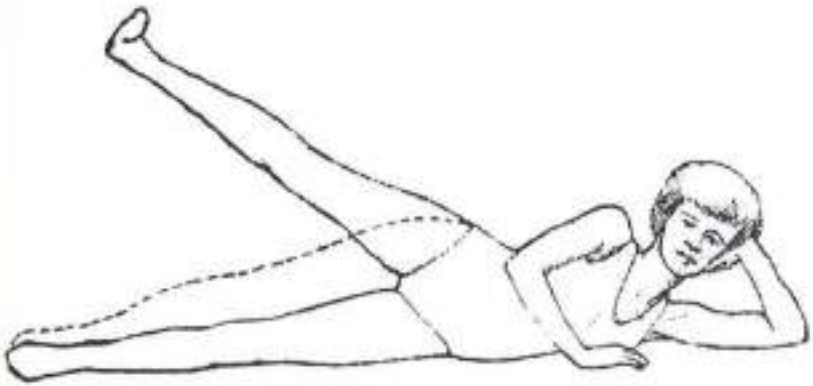
Escolher a superfície correta. Dentro de casa, o assoalho de madeira ou com carpete é melhor do que ladrilho, azulejo ou concreto para os exercícios. (Se a superfície for deslizante não use meias ou malhas presas nos pés.) Fora de casa, as pistas de corrida cobertas de terra solta, os gramados, são melhores do que as pistas de superfície dura ou as calçadas. Evite as superfícies irregulares.

Fazer tudo com moderação. *Nunca* fazer ginástica ao ponto da exaustão quan-

Posição do Alfaiate

A posição sentada, com as pernas cruzadas, é particularmente cômoda durante a gravidez. Assim sentada, fazer a extensão dos braços: colocar as mãos acima dos ombros e em seguida esticar os braços acima da cabeça. Esticar um mais do que o outro, tentando alcançar o teto; relaxar e repetir com o outro braço. Repetir 10 vezes de cada lado. Não faça movimentos bruscos.

Elevação Alternada das Pernas



Deite do lado esquerdo, com ombros, quadris e joelhos em linha reta. Coloque a mão direita no chão, diante do tórax, e apóie a cabeça com a esquerda. Relaxe e inspire; em seguida expire e ao mesmo tempo eleve vagarosamente a perna direita o mais que puder, mantendo o pé fletido (apontando para a barriga) e com a parte interna do tornozelo voltada diretamente para baixo. Inspire ao abaixar lentamente a perna. Repita 10 vezes de cada lado. O exercício pode ser feito com a perna estendida ou com flexão do joelho.

do se está grávida; os subprodutos químicos decorrentes do esforço muscular excessivo não fazem bem ao feto. (Mesmo que a gestante seja atleta treinada, não deve praticar exercícios até o máximo da própria capacidade, sinta-se ou não exaurida.) Há várias formas de verificar se há exagero. Primeiro, se você estiver se sentindo bem, provavelmente não há problema. Se sentir qualquer dor ou distensão, já não está bem. O correto é uma leve sudorese (perspiração): a sudorese profusa é sinal para diminuir o ritmo. O pulso que permanece acima de 100 por minuto depois de cinco minutos de terminada a sessão é indicação de abuso na ginástica. O mesmo quando a gestante sente necessidade de tirar uma soneca depois que terminou. A pessoa **deve sentir-se eufórica, não esgotada.**

Saber quando parar. O corpo vai lhe avisar quando chegar a hora. Entre os sinais estão: dor em qualquer lugar (no quadril, nas costas, na pelve, no peito, na cabeça etc.); câibras ou fisgadas; tonteira ou aturdimento; taquicardia ou palpitações; forte falta de ar; dificuldade de andar ou perda do controle muscular; dor de cabeça; aumento da sudorese nas mãos, nos pés, nos tornozelos ou na face; perda de líquido amniótico ou sangramento vaginal; ou depois de 28 semanas de gestação, uma diminuição ou interrupção dos movimentos fetais. Se qualquer um desses sintomas não for aliviado por um breve repouso, consulte o médico (mas chame-o imediatamente se houver qualquer sangramento ou perda de líquido amniótico). No segundo e no terceiro trimestres, a gestante pode perceber uma diminuição gradual do desempenho e da deficiência. É melhor desacelerar.

Ficar fria. Não convém fazer ginástica em tempo muito quente ou muito úmido; não usar sauna, seca ou a vapor, nem

A Escolha dos Exercícios Corretos Durante a Gravidez

Escolher o tipo de exercício mais adequado à gestante — de forma individualizada. Embora se possa continuar com os esportes ou exercícios em que já se tem competência, não se recomenda começar novos durante a gestação. É particularmente importante que se tenha um *altíssimo* grau de competência quando se tenta praticar esportes perigosos como esquiar ou cavalgar. Entre os exercícios que mesmo as novatas podem praticar durante a gestação estão os seguintes:

- Caminhar, de preferência em ritmo acelerado
- Nadar em águas rasas, nem muito quentes nem muito frias
- Andar de bicicleta (em bicicleta ergométrica), em velocidade e tensão confortáveis
- Praticar ginástica (calistênica) própria para gestantes
- Praticar exercícios de tonificação da bacia
- Praticar exercícios de relaxamento

Exercícios que só a atleta experiente, bem-treinada deve fazer durante a gravidez:

- *Jogging*, até 3 quilômetros por dia*
- Tênis em dupla (mas não só com o oponente [*singles*], o que pode ser muito cansativo)
- Esqui *cross-country* abaixo de 10.000 pés
- Levantamento de pesos (leves) caso se evite a manobra de Valsalva (fazer força expulsiva prendendo a respiração)
- Ciclismo
- *Skate* no gelo (com extrema cautela)

Exercícios que mesmo uma atleta deve evitar, pelos maiores riscos envolvidos:

- *Jogging*, por mais de 3 quilômetros por dia*
- Esqui aquático
- Mergulhos e saltos em piscina
- Mergulho com equipamento (a roupa de mergulho pode restringir a circulação; o mal da descompressão é perigoso para o feto)
- Corrida de velocidade (exige-se muito oxigênio e muita rapidez)
- Esqui em declive (risco de queda grave)
- Esqui *cross-country* de 10.000 pés (a grande altitude priva a mãe e o feto de oxigênio)
- Ciclismo em pista molhada ou em pistas com muito vento (onde as quedas são prováveis), e ciclismo em postura de corrida — com o tronco inclinado para a frente (pode causar dor nas costas)
- Esportes de contato, como o futebol (risco elevado de traumatismo)
- Calistênicos não destinados à gravidez. Entre esses estão os que distendem o abdome (como as flexões dos joelhos e a dupla elevação das pernas); os que podem propulsionar o ar para dentro da vagina (pedalando com as pernas para cima, exercícios em que a pessoa, de quatro, encosta o peito no joelho); os que distendem a musculatura interna da coxa (sentar no chão encostando a sola dos pés uma na outra e fazendo pressão para baixo ou balançando os joelhos); os que fazem a parte mais estreita das costas se curvar para dentro; os que requerem a inclinação ou curvatura para trás ou outras contorções; e os que envolvem flexão ou extensões acentuadas das articulações (dos joelhos por exemplo), saltar, balançar, mudanças bruscas de direção, movimentos bruscos.

*Algumas mulheres com excelente condicionamento físico conseguiram sem riscos programas de exercícios durante a gravidez sem efeitos deletérios. Mas não se sabe se isso é sempre seguro. Consulte o médico antes de prosseguir com programa desse.

banhos quentes em piscinas térmicas. Até que as pesquisas provem o contrário, os exercícios ou os ambientes que elevam a temperatura da gestante em mais de 0,6 ou 0,7°C devem ser considerados perigosos (o sangue é desviado do útero para a pele, quando o organismo busca reduzir a temperatura). Assim, só convém fazer ginástica nas horas mais frescas do dia ou em ambiente fresco. E não espere que o seu corpo lhe avise que está superaquecido — pare antes de chegar a este ponto.

Proceder com cautela. Mesmo as desportivas mais habilitadas podem perder a graciosidade durante a gestação. À proporção que o centro de gravidade da gestante se desloca para a frente com o útero, as quedas vão se tornando uma possibilidade cada vez mais provável. Lembre-se disso e tenha cuidado. Ao fim da gestação, evitar os esportes que requerem movimentos bruscos ou muito equilíbrio, como o tênis.

Atenção ao maior risco de traumatismo. Por várias razões (desvio do centro de gravidade, articulações frouxas, distração) as mulheres ficam mais propensas às lesões traumáticas quando estão grávidas.

Não se deite de costas. Não aponte para os dedos do pé. Depois do quarto mês não faça exercícios deitada de costas, já que o peso do útero em crescimento pode comprimir importantes vasos sanguíneos, restringindo a circulação. A tentativa de apontar (ou de alcançar) os dedos dos pés — em qualquer período da gestação — pode causar câibras nas pernas (na barriga da perna). Faça, em vez disso, a flexão dos pés, virando-os em direção ao rosto.

Diminuir o ritmo no último trimestre. Embora todos saibam de história de atletas que ficaram na piscina ou nas rampas até a hora do parto, é recomendável à maioria das gestantes afrouxar o passo durante os três últimos meses, sobretudo durante o nono mês, quando os exercícios leves de extensão e a caminhada acelerada já são suficientes. A atividade atlética séria poderá ser reiniciada cerca de seis semanas no puerpério.

PARA QUEM NÃO PRATICA EXERCÍCIOS

Os exercícios durante a gravidez podem fazer muito bem à gestante: aliviar a dor nas costas, prevenir a prisão de ventre e as varizes, dar, enfim, uma sensação geral de bem-estar, facilitando o parto e deixando-a em melhor forma física no puerpério. Mas se a gestante ficar sentada até o fim (por opção ou por determinação médica), tendo por único exercício o trabalho de abrir e fechar a porta do carro, é atitude que não vai prejudicá-la e nem ao bebê. Com efeito, quem se abstiver de exercícios por ordem médica estará ajudando o bebê e a si mesma. O obstetra certamente restringirá as atividades físicas de quem tiver história de três ou mais abortos espontâneos ou de trabalho de parto prematuro, e também em caso de incompetência cervical, hemorragia ou pequenos sangramentos periódicos, diagnóstico de placenta prévia ou cardiopatia. Em alguns casos as atividades também serão limitadas: hipertensão arterial, diabetes, doença tireoidiana, anemia e outras afecções do sangue, obesidade ou desnutrição graves, estilo de vida muito sedentário até então. Histórias de trabalho de parto muito abreviado ou de feto que não se desenvolveu bem em gestação prévia são também razão para não se praticar ginástica durante a gravidez.

Em outros casos, exercícios só com os braços podem ser permitidos enquanto outros tipos serão proibidos. Consulte o médico.

10

O Sexto Mês

A Consulta

Serão checados vários elementos, dependendo do estilo de atendimento do obstetra ou das necessidades da gestante:[1]

- Peso e pressão arterial
- Urina (açúcar e proteínas)
- Batimento cardiofetal
- Altura do fundo (alto do útero)
- Tamanho do útero e posição do feto, pela palpação externa
- Exame dos pés e das mãos, para identificar edema (inchação por retenção de líquido), e das pernas, para ver se há varizes
- Indagação sobre os sintomas apresentados, principalmente os incomuns
- Esclarecimento de dúvidas e de outros problemas levantados pela gestante — levar uma lista pronta

Os Sintomas Comuns

Ora todos, ora só alguns deles se manifestam. Uns ainda persistem desde o mês anterior, outros só agora surgiram. Outros ainda são de difícil percepção em virtude do hábito: sempre estiveram presentes. Há também alguns, menos comuns, que agora podem se manifestar.

Físicos:

- Atividade fetal mais evidente
- Secreção vaginal esbranquiçada (leucorréia)

[1]Consultar o Apêndice para a explicação sobre os procedimentos e os exames realizados.

- Dolorimento na região abdominal baixa (por estiramento dos ligamentos que sustentam o útero)
- Prisão de ventre
- Azia, má digestão, gases, distensão abdominal
- Dores de cabeça, desmaios ou tonteiras ocasionais
- Congestão nasal e sangramento nasal vez ou outra; entupimento dos ouvidos
- Sangramento das gengivas
- Maior apetite
- Câibras nas pernas
- Edema leve (inchação) nos tornozelos e nos pés, às vezes nas mãos e no rosto
- Varizes nas pernas e/ou hemorróidas
- Coceira abdominal
- Dores lombares
- Alteração da pigmentação cutânea no abdome e/ou na face
- Aumento dos seios

EMOCIONAIS:

- Diminuição das oscilações de humor; persistência da desatenção, da distração
- Aborrecimento com a gestação ("Será que ninguém sabe falar de outra coisa?")
- Ansiedade com relação ao futuro

O ASPECTO FÍSICO NO SEXTO MÊS

Pelo fim do sexto mês, o feto tem cerca de 30 cm e pesa cerca de 850 gramas. Sua pele é fina e brilhante, sem apresentar gordura no subcutâneo. As impressões digitais (mãos e pés) já são visíveis. As pálpebras começam a se dividir e os olhos a se abrir. Se nascer agora, o feto poderá sobreviver com cuidado intensivo.

AS PREOCUPAÇÕES COMUNS

DOR E ENTORPECIMENTO DAS MÃOS

"Fico acordando no meio da noite porque alguns dedos da minha mão direita estão insensíveis; às vezes até doem. Isso tem relação com a gravidez?"

Se o entorpecimento e a dor se limitarem ao polegar, ao indicador, ao dedo médio e à metade do anular, é provável que você esteja com a síndrome do túnel cárpico. Embora essa condição seja mais comum em pessoas que regularmente desempenhem tarefas que requeiram movimentos repetidos da mão (cortar carne, tocar piano, datilografar), é também comum em gestantes. Isso é porque o túnel do carpo no punho, por onde passa o nervo para os dedos atingidos, fica inchado durante a gravidez (assim como muitos outros tecidos do corpo), com a pressão resultante que causa o entorpecimento, formigamento, a queimação ou/e a dor. Os sintomas podem também atingir a mão e o punho, e podem se irradiar para o braço. Como os líquidos se acumulam nas mãos todos os dias graças ao efeito da gravidade, a inchação e os sintomas associados podem ser mais acentuados à noite. Procure evitar dormir sobre as mãos, o que agrava o problema. Quando ocorrer o sintoma, convém pendurar a mão atingida do lado da cama e sacudi-la vigorosamente: a manobra pode trazer alívio. Se não trouxer, e o entorpecimento (com ou sem dor) interferir no sono, discuta o problema com o médico. Muitas vezes ajuda o uso de pequena tala no punho e de vitamina B_6 diária. Algumas pessoas obtêm alívio com acupuntura. Os medicamentos antiinflamatórios não-esteróides e os esteróides (corticóide), usualmente prescritos para essa síndrome, podem não ser recomendados durante a gestação. Se outros tratamentos fracassarem e a condição persistir depois do parto, pode estar indicada a cirurgia simples.

SENSAÇÃO DE FORMIGAMENTO

"Frequentemente sinto um formigamento nas mãos e nos pés. Significa algum problema circulatório?"

Como se já não bastassem todas as aflições inerentes à gravidez, algumas mulheres sentem ademais um formigamento desagradável nas extremidades. Embora possam achar que a circulação parece ter sido interrompida para os membros, não é esse o caso. Ninguém sabe por que o fenômeno ocorre e nem como eliminá-lo, só se sabe é que não indica nada de grave. A mudança de posição pode ajudar. Caso o formigamento afete de algum modo as atividades da gestante, esta deve comunicar o fato ao médico.

OS CHUTES DO BEBÊ

"Tem dias que o bebê fica chutando o tempo todo; noutros, parece ficar muito quietinho. Isso é normal?"

Os fetos humanos são como todos os seres humanos. Como nós, têm dias de grande ânimo, sentindo vontade de chutar com os pés (com os cotovelos e joelhos) e têm também dias de desânimo, quando então se mostram mais calmi-

nhos. Quase sempre a sua atividade se relaciona com o que a gestante esteja fazendo. Como os bebês fora do útero, eles aquietam-se ao serem embalados. Quando a gestante permanece em atividade durante o dia inteiro, o bebê costuma se acalmar pelo ritmo da rotina — e talvez você não perceba qualquer movimento —, seja porque ele se aquietou, seja porque a gestante esteve tão ocupada que não lhe percebeu os movimentos. Assim que a mãe reduzir o seu ritmo, os movimentos recomeçam. É por isso que a maioria das gestantes sente mais o movimento fetal na cama à noite ou pela manhã. A atividade também pode aumentar depois da mãe se alimentar, talvez em reação ao influxo de glicose (açúcar) no sangue. Algumas gestantes também relatam aumento da atividade fetal quando estão excitadas ou nervosas; talvez o bebê seja estimulado pelo aumento de adrenalina na circulação materna.

Os bebês na realidade são mais ativos entre 24 e 28 semanas de gestação. Mas seus movimentos são aleatórios e costumam ser breves, de sorte que, embora visíveis à ultra-sonografia, nem sempre são percebidos pela ocupada futura mamãe. A atividade fetal costuma se tornar mais organizada e consistente, com períodos mais definidos de repouso e atividade, entre 28 e 32 semanas de gestação.

Não se sinta tentada a comparar os movimentos do bebê com os movimentos do de outra gestante. Cada feto, como cada recém-nascido, tem um ritmo próprio de atividade e de desenvolvimento. Alguns parecem sempre ativos; outros, quase sempre sossegados. O ato de chutar de alguns é às vezes de uma regularidade mecânica; já o de outros não apresenta ritmicidade discernível. Desde que não haja redução radical ou desaparecimento do ritmo de atividade habitual, todas as variações são normais.

Pesquisas recentes sugerem que da 28ª semana em diante talvez seja boa idéia testar o movimento fetal duas vezes por dia — uma vez pela manhã, quando a atividade tende a ser mais esparsa, e uma vez à noite, quando a maioria dos bebês tende a ser mais ativa. Eis como fazer esse teste:

Consulte o relógio ao começar a contar. Conte movimentos de qualquer tipo (chutes, tremores, reviravoltas, zunidos). Pare de contar ao completar dez movimentos e anote o tempo decorrido. Muitas vezes, você perceberá dez movimentos em dez minutos mais ou menos. Às vezes demora mais.

Se você não contou dez movimentos ao fim de uma hora, tome um pouco de leite ou faça outro lanche; então deite, relaxe e reconheça a contar. Se outra hora se passar sem dez movimentos, chame o médico sem demora. Embora essa ausência de atividade não signifique necessariamente que há algum problema, pode às vezes indicar sofrimento fetal. Nesses casos, talvez seja necessária a ação rápida.

Quanto mais perto da data provável do parto, mais importante se torna a verificação regular dos movimentos fetais.

"Às vezes o bebê empurra tanto que dói."

À proporção que o bebê amadurece no útero, vai ficando cada vez mais forte, e os débeis movimentos iniciais vão ganhando mais e mais força. Não se espante se ele lhe der um chute doloroso nas costelas ou um soco mais violento na barriga ou no colo do útero. Quando você tiver a impressão de estar sob um ataque furioso, tente mudar de posição — talvez consiga tirar o equilíbrio do seu pequeno centro-avante e conter temporariamente o ataque.

"Parece que o bebê fica chutando por toda a barriga. Poderiam ser gêmeos!"

Em algum ponto da gravidez, todas as gestantes começam a achar que estão com gêmeos ou com um polvo hu-

mano na barriga. Para a maioria, nenhuma das duas hipóteses é verdadeira. Até o feto tornar-se suficientemente grande para ter seus movimentos restringidos pelos limites de sua casa uterina (em geral por volta de 24 semanas), ele será capaz de numerosas acrobacias. Assim, embora possa parecer que você esteja sendo agredida por uma dúzia de punhos, é mais provável que só o esteja por dois atacando-a de todos os lados — e também com os joelhos, os cotovelos e os pés.

Para obter mais informações sobre gêmeos e como são diagnosticados, ver p. 179.

CÃIBRAS NAS PERNAS

"Sinto câibras à noite que interferem no meu sono."

Entre a sua agitada atividade mental e a não menos agitada atividade uterina, provavelmente se encontra uma torrente de problemas que lhe tira o sono, sem que para tal seja preciso sofrer de câibras nas pernas. Lamentavelmente, esses espasmos dolorosos, mais freqüentes à noite, são muito comuns entre as gestantes no segundo e no terceiro trimestre. Felizmente, contudo, podem ser prevenidos e aliviados.

Imagina-se que sejam causadas por um excesso de fósforo e uma carência de cálcio no sangue circulante, e por isso os comprimidos de cálcio sem fósforo (o carbonato de cálcio é mais absorvível) costumam ser eficazes no tratamento. Talvez seja necessário — mas só com recomendação médica — reduzir a ingestão de fósforo, eliminando a carne e o leite da dieta. (Desde que se continue a assegurar o aporte de cálcio e de proteínas. Ver a Dieta Ideal, p. 109, para os substitutos.) Acredita-se também que a fadiga e a pressão exercida pelo útero grávido sobre certos nervos contribuam para o fenômeno e, por esse motivo, o uso de meias elásticas durante o dia, com períodos alternados de repouso (com os pés para cima) e de atividade, pode ajudar a eliminar o problema das câibras.

Ao sentir câibra na batata da perna, estenda a perna e flexione o tornozelo e os dedos do pé para cima, na direção do nariz. A manobra logo alivia a dor. (Fazê-la várias vezes com cada perna antes de ir dormir pode ajudar a prevenir as câibras noturnas.) Ficar de pé sobre uma superfície fria às vezes também ajuda. Se tais manobras resolverem, a massagem ou a aplicação de calor no local serve para completar o alívio. Se nada resolver o problema, não massageie a área e nem aplique calor. Chame o médico se persistirem: há uma pequena possibilidade de aparecimento de um trombo (coágulo de sangue) em uma veia, tornando o tratamento médico necessário.

SANGRAMENTO RETAL E HEMORRÓIDAS

"Estou preocupada com o sangramento retal que venho tendo."

Os sangramentos são sempre assustadores, especialmente durante a gravidez — e sobretudo em região próxima do canal do parto. Mas, ao contrário do sangramento vaginal, o retal não significa possível ameaça à gravidez. Durante a gestação, freqüentemente se deve a hemorróidas externas e, menos amiúde, às internas. As hemorróidas, veias varicosas no reto, afligem cerca de 20% a 50% das gestantes. Assim como as veias das pernas são mais propensas a varizes nessa época, as do reto também o são. A prisão de ventre muitas vezes causa ou complica o problema.

As hemorróidas causam, além do sangramento, coceira e dor. O sangramento retal pode também decorrer de

fissuras — fendas no ânus causadas por constipação, que ora acompanham as hemorróidas, ora aparecem independentemente. São em geral muito dolorosas.

Não tente fazer o autodiagnóstico das hemorróidas. O sangramento retal por vezes é sinal de patologia grave e deve sempre ser avaliado por médico. Mas quem tiver hemorróidas e/ou fissuras anais terá um papel muito importante no seu tratamento. Os devidos cuidados pessoais costumam eliminar a necessidade de tratamento médico mais radical.

- Evitar a prisão de ventre. *Não* é componente necessário da gestação; ver p. 171. (Prevenir a constipação desde o início, é, incidentalmente, uma forma não raro excelente de prevenir completamente as hemorróidas.)

- Dormir de lado, e não de costas, para evitar a compressão excessiva das veias retais; evitar passar muitas horas de pé ou sentada.

- Não fazer muita força ao ir ao banheiro. Sentando com os pés num banquinho, fica mais fácil evacuar.

- Fazer os exercícios de Kegel regularmente: melhoram a circulação da região. (Ver p. 225.)

- Tomar banhos quentes de assento duas vezes ao dia.

- Aplicar na região compressas de loção de hamamélis ou de gelo.

- *Só* usar medicamentos tópicos ou supositórios quando prescritos por um médico ciente do estado de gravidez. Não ingerir óleo mineral.

- Manter a região perineal escrupulosamente limpa (da vagina ao reto). Lavar a região com água morna após cada evacuação, sempre se limpando da frente para trás. Só usar papel higiênico branco.

- Se sentar é doloroso, sentar sempre em almofada macia, ou em anel inflável.

- Deitar várias vezes ao dia — se possível, de lado. Ficar nesta posição ao ver TV, ler ou conversar com o marido.

Com os devidos cuidados, evita-se a cronificação do processo. As hemorróidas podem se agravar com o parto, especialmente se a fase de expulsão do bebê for longa, mas em geral elas desaparecerão no pós-parto, se as medidas preventivas tiverem prosseguimento.

COCEIRA ABDOMINAL

"A minha barriga está sempre coçando: isso está me deixando maluca."

Entre para o clube. Filho na barriga é sinônimo de coceira na barriga, uma coceira que, às vezes, coça cada vez mais com o passar dos meses. A pele do abdome é distendida, tracionada para os lados, e o resultado é o ressecamento (mais pronunciado em algumas mulheres do que em outras) e a coceira. Evite coçar, ou só coce o necessário. O uso de loção pode aliviar, mas provavelmente não vai eliminá-la. Uma solução antipruriginosa (como a de calamina) pode proporcionar mais alívio.

TOXEMIA OU PRÉ-ECLÂMPSIA

"Recentemente uma amiga minha foi hospitalizada por causa de toxemia. Como saber se não vou ter também?"

Felizmente a toxemia, também conhecida como pré-eclâmpsia/eclâmpsia, ou hipertensão gravídica, é incomum.

Mesmo na sua forma mais leve ocorre em apenas 5% a 10% das gestações — e a maioria dos casos em mulheres já portadoras de hipertensão crônica. A toxemia é mais comum em primíparas e depois de 20 semanas de gestação. Em grávidas que recebem o atendimento pré-natal regular, é diagnosticada e tratada precocemente, com o que se evitam complicações desnecessárias. Embora a consulta de rotina às vezes pareça uma inutilidade na gravidez normal, de baixo risco, é nesse tipo de consulta que o médico consegue identificar os primeiros sinais de pré-eclâmpsia.

Se você teve um ganho repentino de peso, sem relação a excessos alimentares, com edema acentuado das mãos e do rosto, dores de cabeça inexplicadas ou/e distúrbios da visão, chame o médico. Caso contrário, desde que esteja recebendo o devido atendimento pré-natal, não precisa se preocupar. Veja p. 148 para dicas sobre a prevenção e o tratamento da hipertensão arterial na gravidez, e a p. 396 para mais informações sobre a toxemia.

PERMANECENDO NO EMPREGO

"Fico muito tempo de pé no meu trabalho. Pretendia trabalhar até o parto, mas será conveniente?"

Nos dias atuais, em que um maior número de gestantes trabalha, saber de que forma as ocupações da futura mamãe interferem na vida do feto é questão da maior importância. Não obstante, o assunto ainda não se acha plenamente esclarecido. Todas nós conhecemos mulheres que foram do escritório, do estúdio ou da loja direto para o hospital e deram à luz filhos perfeitamente sadios. E, com efeito, uma pesquisa de médicas grávidas em regime de árduo programa de residência médica, e que ficavam de pé 65 horas por semana, revelou que não tiveram maior número de complicações do que as esposas grávidas de residentes masculinos, que trabalhavam durante menor número de horas em tarefas bem menos estressantes. Outras pesquisas, contudo, sugerem que a atividade estressante ou extenuante persistente ou que ficar de pé durante longas horas na última metade da gestação podem aumentar o risco de hipertensão arterial materna, e também de lesão placentária e de bebê com baixo peso ao nascer. Algumas pesquisas revelam o risco de complicações por ficar-se de pé no trabalho depois de 28 semanas de gestação quando a mãe grávida tem outros filhos em casa para cuidar.

Deve então a mulher que trabalha de pé — vendedoras, médicas, enfermeiras etc. — continuar trabalhando depois de 28 semanas de gestação? Sem dúvida, outras pesquisas são necessárias antes de se ter uma resposta definitiva a essa questão. A Associação Médica Americana, com efeito, recomenda para as que trabalham mais de 4 horas por dia em pé que tirem licença a partir da 24ª semana; para as que ficam de pé só 30 minutos por hora, o afastamento do trabalho na 32ª semana. Mas muitos médicos acham essa recomendação muito rígida, e permitem que as mulheres que se sintam bem trabalhem mais. Ficar de pé trabalhando até a hora do parto, entretanto, talvez não seja uma boa idéia, menos por causa do risco teórico para o feto do que por causa do risco verdadeiro de agravamento de certos transtornos da gestação: dor lombar, varizes e hemorróidas.

As pesquisas revelam que as mulheres com peso abaixo do ideal e que ganham pouco peso durante a gravidez têm maior risco de que o filho nasça de baixo peso quando trabalham fora. Por isso talvez convenha que essas mulheres se afastem

temporariamente do emprego, ou pelo menos reduzam as horas de trabalho — se forem realmente incapazes de ganhar peso o suficiente (adquirir peso deveria ser o primeiro enfoque ao problema; ver p. 110).

Alguns especialistas recomendam que a mulher deixe de trabalhar já com 20 semanas de gestação quando o emprego exige a suspensão de grandes pesos,[1] o ato de puxar ou de empurrar pesos, subir escadas etc., ou curvar-se abaixo da cintura, se esse tipo de atividade for intenso. Recomendam também a sua interrupção depois de 28 semanas se a atividade for moderada. Talvez seja também uma boa idéia tirar licença precoce de emprego que exija mudança de horário freqüente (o que pode comprometer o apetite e a rotina do sono, e também agravar a fadiga); do que pareça exacerbar certos problemas gravídicos, como dor de cabeça, dor nas costas ou fadiga; e do que aumente o risco de quedas ou de outras lesões traumáticas acidentais.

Por outro lado, é possível planejar a ida ao hospital direto do emprego em escritório sem ameaça para você e para o bebê. O trabalho sedentário que não seja muito estressante talvez lhe cause na realidade menor sobrecarga do que ficar em casa com um aspirador de pó e um pano de chão. E caminhar um pouco — uma ou duas horas por dia —, no trabalho ou fora dele, não só é inócuo como pode ser benéfico (desde que não se esteja carregando grandes pesos).

[1] Levantar pesos de 12 quilos ou menos, mesmo repetidas vezes, não costuma ser problema e tampouco levantar pesos de até 25 quilos de forma intermitente (o que deve tranqüilizar as mães com filhos pequenos e pré-escolares). Mas as gestantes cujo trabalho requer o levantamento repetitivo de pesos de 15 a 25 quilos devem tirar licença por volta de 34 semanas de gestação e por volta de 20 semanas, se os pesos forem superiores a 25 quilos. Quando só há necessidade do levantamento intermitente de pesos com mais de 25 quilos, a licença deve ser tirada com 30 semanas de gestação.

Independentemente do tempo que se permaneça no emprego, há formas de reduzir o estresse físico no trabalho durante a gestação:

- Use meia elástica.
- Quem ficar de pé por longos períodos, deve manter um dos pés apoiado num banquinho baixo, joelho dobrado, para aliviar um pouco a pressão nas costas. (Ver ilustração p. 209.)
- Fazer pausas freqüentes. Ficar de pé e caminhar, quando se estava sentada; sentar com os pés para cima, quando se estava de pé. Fazer alguns exercícios de estiramento, sobretudo para as costas e as pernas.
- Repousar bastante quando não se estiver trabalhando; eliminar as atividades extenuantes como correr, jogar tênis, subir aclives ou escadas etc. Quanto mais extenuante o trabalho, tanto mais necessário eliminar as demais atividades extenuantes.
- Repousar deitada sobre o lado esquerdo durante a hora do almoço, se possível. Dormir do lado esquerdo, à noite.
- Na mesa de trabalho ou na escrivaninha, manter as pernas elevadas (num banquinho, por exemplo) sempre que possível.
- Dê ouvidos a seu corpo. Diminua o ritmo quando se sentir cansada; vá para casa mais cedo quando exaurida.
- Evitar as temperaturas extremas.
- Evitar os vapores e as substâncias químicas tóxicas (ver p. 98).
- Manter-se longe de ambientes com fumaça, que são ruins não só para o be-

bê, mas também podem intensificar sua fadiga.

- Levante pesos de maneira correta para evitar a distensão das costas (ver p. 210) e reduza o peso habitualmente erguido em 25%.
- Esvazie a bexiga pelo menos a cada duas horas.
- Se precisar ficar de pé ou caminhar durante o trabalho, diminua o número de horas, se possível, e aumente o tempo em que você fica repousando ou tirando um cochilo com os pés para cima.
- Lembre-se de que não há emprego tão importante quanto o de nutrir o bebê. Não deixe o seu outro trabalho interferir com o desjejum, o almoço e o jantar todos os dias, que devem ser complementados por lanches nutritivos (faça um estoque de alimentos nutritivos no local de trabalho ou traga-os consigo, diariamente).

OS MOVIMENTOS DESAJEITADOS NA GESTAÇÃO

"Ultimamente deixo cair tudo que seguro. Por que fiquei de repente tão desajeitada?"

Assim como os centímetros a mais na barriga, os dedos a mais nas mãos fazem parte integrante da vida da gestante. Como com os outros efeitos colaterais da gravidez, essa falta de jeito é causada pelo afrouxamento das articulações e pela retenção de água, o que faz com que você segure objetos com menos firmeza e segurança. Outro fator talvez esteja na falta de concentração em decorrência da síndrome da "cabeça de vento" (ver p. 190).

Além de fazer um esforço consciente para segurar objetos com mais cuidado, não há muito mais a fazer a respeito — assim talvez seja melhor deixar que o marido cuide de sua louça chinesa pelos próximos meses.

AS DORES DO PARTO

"Agora que a gestação se tornou uma realidade inevitável, começo a me preocupar se serei capaz de suportar as dores do parto."

Não obstante quase todas as gestantes esperarem com ansêio o nascimento do filho, muito poucas são as que ficam na expectativa do trabalho de parto que o precede. Especialmente para as que nunca experimentaram grandes incômodos, o medo do desconhecido é muito real — e muito natural. Infelizmente, esse medo muitas vezes se mescla com as histórias de terror das mães, tias e amigas, cujos passos a caminho da sala de parto as gestantes sentem verdadeiro pavor em seguir.

Não há nada de mais em temer as dores — que podem acabar sendo piores do que as imaginadas, ou nem tanto assim. Mas há muito a dizer quando queremos estar preparadas para enfrentá-las. Quando a mulher que imagina que o trabalho de parto vai ser uma experiência incomparável, divertida e, em suma, profundamente gratificante acaba passando por 24 horas de trabalho de parto arrastado, com dores cruciantes nas costas, seu desapontamento vai ser tão grande quanto seu padecimento de dor. E como a dor é fenômeno inesperado, ela terá grande dificuldade em enfrentá-la.

De um modo geral, tanto as mulheres que receiam pelas piores dores como as que esperam pela mínima dor acabam tendo o trabalho de parto e o parto mais difíceis do que as mais realistas, que estão mais bem preparadas para qualquer eventualidade.

Se a leitora preparar o espírito e o corpo, será capaz de já reduzir a ansiedade e ao mesmo tempo de ajudar a fazer com que o trabalho de parto real seja mais cômodo e mais fácil de tolerar.

Preparar-se. Um dos motivos por que as mulheres das gerações anteriores achavam o trabalho de parto tão insuportável estava em não compreenderem o que se passava em seu corpo naqueles momentos. Se possível, a leitora junto com o marido deve fazer um curso de preparação para o parto (Ver Preparação Formal para o Parto, p. 246); se não for possível, deverá preparar-se informalmente, lendo tudo que puder a respeito do trabalho de parto e do parto (tentando conhecer as principais escolas de pensamento no assunto), inclusive a nossa descrição de várias doutrinas que começa na p. 249. O que não se sabe é sempre mais prejudicial do que deveria.

Não perder tempo. Você não pensaria em participar de uma maratona sem o devido preparo físico. Nem pensaria em ir para o trabalho de parto (que é tarefa não menos hercúlea) com total despreparo. Convém que você se dedique de corpo e alma a todos os exercícios respiratórios e fortalecedores recomendados pelo médico e/ou por seu instrutor. (Se não tiverem recomendado nenhum, consulte a p. 225 para aprender os mais elementares.)

Dimensionar o problema da dor. Há pelo menos duas coisas boas a serem ditas sobre as dores do parto, independente de sua intensidade. Primeiro, o seu tempo de duração é finito. Embora seja difícil de acreditar nisso ao chegar o momento, o trabalho de parto, tenha certeza, não dura para sempre. Em primíparas, em média, dura de 12 a 14 horas — das quais só algumas serão muito incômodas. (Muitos médicos não permitirão que o trabalho de parto se prolongue por muito mais do que 24 horas e realizarão uma cesariana se a evolução do trabalho de parto não for adequada). Segundo, as dores têm uma finalidade muito positiva: as contrações progressivamente afinam e abrem o colo do útero, e a cada uma a parturiente está mais próxima do nascimento do bebê. Não há por que se culpar, entretanto, quando não se consegue ver essa finalidade durante o trabalho de parto muito difícil e só se importar em terminar logo com aquilo. A baixa tolerância à dor não se reflete sobre a profundidade do amor maternal.

Não planejar ficar sozinha durante o trabalho de parto. Mesmo que não lhe seja do agrado ficar de mãos dadas com o parceiro durante o trabalho de parto, será reconfortante saber que ele (ou uma amiga íntima ou um parente) está lá para enxugar-lhe o suor da testa, dar-lhe cubos de gelo para atenuar a secura da boca, massagear-lhe as costas ou o pescoço, auxiliá-la durante as contrações, ou apenas para você o xingar. O parceiro, futuro auxiliar durante o trabalho de parto, deverá assistir às aulas do curso preparatório ao parto junto com você, se possível, ou, caso contrário, deverá ler sobre o papel do auxiliar (ou do assistente, se preferir), que é descrito na p. 330.

Preparar-se para pedir pelo alívio da dor sempre que necessário. Pedir ou aceitar a medicação não é sinal de fracasso ou de fraqueza (não é necessário ser mártir para ser mãe) e por vezes essa conduta é absolutamente necessária para tornar o trabalho de parto mais eficiente. Ver p. 265 para os pormenores sobre a analgesia durante o trabalho de parto e o parto.

O TRABALHO DE PARTO E O PARTO

"Estou ficando muito ansiosa a respeito do parto. E se eu fracassar?"

O advento da educação pré-natal provavelmente contribuiu tanto quanto qualquer dos progressos médicos miraculosos nas últimas décadas para melhorar a experiência das mulheres durante o trabalho de parto. No entanto, ao criarmos o mito do trabalho de parto e do parto perfeitos, estamos por vezes pressionando os futuros papais para que atinjam esse ideal. Os casais se preparam para o parto como se nele vissem uma espécie de exame final. Não surpreende que muitos se preocupem em fracassar, e de assim desapontarem não só a si próprios mas também aos médicos, às enfermeiras, às parteiras e sobretudo aos instrutores do pré-natal.

Mas felizmente a maioria desses instrutores passou a admitir que não há uma só forma de se vivenciar o parto e que o único objetivo — do qual todos os papais partilham — é uma mãe e um filho com saúde. Mostram aos pais que o trabalho de parto e o parto não são uma prova em que a mãe passa (se fizer os exercícios respiratórios, se tiver parto vaginal e se não tomar medicação) ou é reprovada (se negligenciar os exercícios respiratórios, se for submetida à cesariana ou se aceitar o alívio farmacológico da dor). Isso é uma coisa que você também precisa admitir. Mesmo esquecendo, por causa da dor e da excitação, tudo o que você "deveria" fazer não vai alterar o desfecho do parto ou torná-la um fracasso.

Aprender tudo o que puder a respeito nas aulas ou nos livros é uma coisa; outra bem diversa é ficar tão obcecada pelo "parto natural" a ponto de esquecer que o parto é um processo natural — processo que as mulheres conseguem superar com êxito há milhares e milhares de anos, bem antes de a Sra. Lamaze dar à luz seu filho, o Dr. Lamaze, criador de uma das grandes escolas doutrinárias de preparação ao parto.

"Receio fazer alguma coisa constrangedora durante o trabalho de parto."

A possibilidade de berrar ou de chorar, ou de involuntariamente urinar ou defecar, talvez pareça constrangedora agora. Durante o trabalho de parto, contudo, evitar a humilhação vai ser a última coisa em que a parturiente pensará. Ademais, nada do que se faz ou se diz durante o trabalho de parto vai chocar ou desagradar todos os atendentes, que sem dúvida alguma tudo já viram e ouviram muitas vezes antes. O mais importante é ser você mesma, fazer o que lhe parecer mais cômodo. Quem é normalmente uma pessoa emotiva, extrovertida, não deve tentar reprimir os gemidos e grunhidos. Por outro lado, quem normalmente é inibida e prefere chorar em silêncio no travesseiro não deve sentir-se na obrigação de dar gritos para que a parturiente da sala ao lado ouça.

"A hipótese de perder o controle durante o parto me deixa apavorada."

Para a geração do sou-independente, tenho-que-tomar-conta-da-minha-própria-vida, a idéia de perder o controle sobre o trabalho de parto e o parto perante a equipe obstétrica pode ser algo desalentador. Naturalmente a lefiora quer que os obstetras e as enfermeiras prestem o melhor atendimento possível a si própria e ao bebê. Mas apesar disso gostaria de manter um pouco de controle. E pode — é só insistir nos exercícios preparatórios, se familiarizar com o processo do nascimento passo a passo (ver p. 330) e desenvolver um bom relacionamento com um obstetra que respeite as suas opiniões. Também ajuda a aumen-

tar o controle o seguinte: estabelecer um plano de nascimento (ver p. 263) com o médico, especificando o que você gostaria e o que você não gostaria durante o trabalho de parto e o parto.

Mas com isso dito e feito, é importante compreender que você não necessariamente será capaz de permanecer no controle absoluto da situação e que tudo correrá conforme planejado. O melhor plano é o que admite uma série de circunstâncias imprevistas. É preciso estar mentalmente preparada para as situações mais comuns que podem se desdobrar durante o parto e para a possibilidade de que os procedimentos e intervenções que você pretendia evitar talvez sejam inevitáveis no último minuto. Por exemplo: você pretendia dar à luz sem uma episiotomia, mas o períneo se recusa a ceder depois de três horas de esforços expulsivos. Outro exemplo: você pretendia não tomar remédio algum, mas uma fase ativa extremamente longa e exigente tirou-lhe as forças. É importante aprender a desistir desse controle no melhor do seu interesse e no do interesse do bebê.

O Que É Importante Saber: A PREPARAÇÃO FORMAL PARA O PARTO

Quando seus pais a esperavam, estar preparado para o parto significava que o quarto do bebê já estava pintado, o enxoval já havia sido encomendado, e a mala cheia de camisolas bonitas já estava pronta, junto à porta. Antecipava-se a chegada da criança — e não a experiência do parto; para ela é que o casal se preparava e se organizava. As mulheres pouco sabiam o que esperar durante o trabalho de parto e o parto; os maridos muito menos. E como era quase certo que a mãe viesse a estar inconsciente durante o parto, e o pai ausente folheando revistas na sala de espera, a sua ignorância era de poucas consequências.

Hoje, que a anestesia geral é reservada sobretudo às cesarianas de emergência, as salas de espera são para avós nervosos e a mãe e o pai ficam juntos durante o parto, não se recomenda e nem mais se aceita a ignorância. A preparação para o parto tornou-se sinônimo de preparação também para o trabalho de parto e para a chegada do bebê. Os casais grávidos devoram livros, artigos de revistas e todo tipo de informação que lhes chegam às mãos. Participam plenamente das consultas no pré-natal, buscando respostas para as suas dúvidas, tentando mitigar as suas preocupações. E cada vez mais passam a freqüentar os cursos preparatórios.

O que são tais cursos e por que proliferam mais rápido que as estrias na barriga durante o sexto mês? As aulas pioneiras visavam dar um novo enfoque ao parto — sem medicação e sem medo — e eram conhecidas como aulas sobre "parto natural". Desde então, tem havido uma mudança de orientação, e a ênfase no parto natural (embora ainda considerado o ideal) foi transferida para a preparação para muitas das possíveis eventualidades durante o trabalho de parto e o parto. Assim, se o processo vai transcorrer com ou sem o uso de medicamentos, se o parto vai ser vaginal ou cirúrgico, se vai precisar ou não de episiotomia, serão questões perfeitamente compreendidas pelos pais, que terão portanto a participação mais plena possível.

Os currículos, na grande maioria, baseiam-se no seguinte:

- A ministração de informações precisas, com a meta de reduzir o medo, melhorar a capacidade de enfrentar a dor e aumentar a capacidade decisória do casal.

- O ensinamento de exercícios especiais de relaxamento, de desligamento, de controle muscular e de atividade respiratória — que aumentam a sensação de controle do casal sobre o processo e contribuem para uma melhor resistência por parte da mulher e uma menor percepção da dor.

- O desenvolvimento de uma relação produtiva entre a mãe em trabalho de parto e o seu auxiliar, em geral o marido, que, se mantida durante o trabalho de parto e o parto, propiciará um ambiente mais alentador capaz, por sua vez, de minimizar as ansiedades da mãe e otimizar os esforços durante o trabalho de parto.

OS BENEFÍCIOS DOS CURSOS PREPARATÓRIOS

O quanto se beneficiará o casal do curso empreendido vai depender do curso, dos professores e de suas próprias atitudes. As aulas funcionam melhor para alguns casais do que para outros. Alguns prosperam em situações de grupo e acham natural e útil partilhar os sentimentos; outros não ficam à vontade em grupo e encontram dificuldade em partilhar sentimentos, julgando tal atitude improdutiva. Alguns desfrutam do aprendizado dos exercícios respiratórios e de relaxamento, enquanto outros consideram a repetição dos exercícios artificial e intrusa, produzindo tensão ao invés de alívio. Algumas pessoas acabam vendo neles grande utilidade para o controle da dor durante o trabalho de parto; outros acham que os exercícios rítmicos e repetitivos são forçados e impertinentes (que geram tensão, e não que a aliviam), preferindo não os empregar. Mas todos os casais, no entanto, parecem lucrar alguma coisa com um *bom* curso preparatório — e certamente nada têm a perder. Entre os benefícios estão:

- A oportunidade de ficar algum tempo junto a outros casais grávidos: compartilhar as experiências gestacionais, comparar os progressos, trocar histórias de infortúnios, de preocupações, de males e de dores. Dá também à gestante a oportunidade de fazer amigas-com-filhos, para depois. Muitos cursos promovem "reuniões" depois que todas tiveram filhos.

- Maior envolvimento do pai na gestação, particularmente importante se ele não puder comparecer às consultas do pré-natal. As aulas o familiarizarão com o processo do trabalho de parto e o parto de sorte a torná-lo um auxiliar mais competente, e permitir-lhe encontrar outros pais na mesma situação. Há cursos que incluem aulas só para os pais, dando-lhes a oportunidade de exprimirem e de encontrarem alívio para preocupações que relutem em expor diante das esposas.

- Uma oportunidade semanal de trazer as perguntas que surgem às consultas obstétricas, ou que a gestante não se sente à vontade para perguntar ao médico.

- Uma oportunidade de aprender os exercícios respiratórios, de relaxamento e as técnicas auxiliares (aprendidas pelo marido) e de dispor do *feedback* de um especialista.

- Uma oportunidade de ganhar confian-

ça ao se ver capaz de fazer frente às exaustivas demandas do trabalho de parto e do parto, graças a um melhor conhecimento (que ajuda a banir o medo do desconhecido) e a um melhor preparo para superar aquelas situações, conferindo à participante uma maior sensação de controle.

- Uma oportunidade de aprender certas estratégias que ajudam a diminuir a percepção da dor e a aumentar a tolerância a ela durante o trabalho de parto e o parto — o que pode se traduzir numa menor necessidade de medicação.

- A possibilidade de um trabalho de parto menos extenuante, mais eficiente, graças à compreensão do processo do nascimento e ao desenvolvimento de técnicas para enfrentá-lo. Os casais que fazem curso preparatório em geral consideram a experiência do parto mais gratificante do que os que não o fazem.

- Possivelmente, um trabalho de parto mais abreviado. As pesquisas mostram que em média o trabalho de parto das gestantes preparadas em curso é de menor duração do que o das outras, provavelmente porque o treinamento e a preparação permitem que elas trabalhem a favor, e não contra, o trabalho do útero. (Não há garantia de trabalho de parto abreviado, só a possibilidade de um de *menor duração*.)

A ESCOLHA DO CURSO

Em algumas comunidades onde há poucos cursos preparatórios e distantes um do outro, a escolha é relativamente simples. Em outras, a variedade de opções chega a dificultar a escolha ou a confundir. Nos Estados Unidos há cursos ministrados por hospitais, por instrutores particulares e por obstetras via consultórios. Existem cursos preparatórios feitos no primeiro ou no segundo trimestre que cobrem uma série de preocupações como nutrição, exercícios, desenvolvimento fetal, higiene, sexualidade, sonhos e fantasias; há também os de última hora, intensivos, com 6 a 10 semanas de duração, que em geral começam no sétimo ou no oitavo mês e que se concentram no trabalho de parto, no parto e no puerpério, levando em conta já os cuidados com o bebê.

Se forem poucas as opções, entrar para qualquer curso existente é melhor do que não entrar para nenhum — desde que a gestante mantenha a devida perspectiva e não aceite tudo o que se prega nas aulas como se fossem palavras do evangelho. Se houver várias opções, fazer a escolha baseada nos seguintes elementos talvez seja o mais conveniente:

- Fazer um curso que seja ministrado pelo próprio obstetra ou de que ele participe, ou que seja recomendado por ele. Eis aí muitas vezes a melhor opção. Se a doutrina do instrutor sobre o parto e o trabalho de parto diferir muito da seguida pelo seu obstetra, poderão surgir muitos conflitos e contradições. Se surgirem diferenças de opinião, certifique-se de esclarecê-las com o seu obstetra antes do parto.

- Os pequenos são os melhores. O ideal são cinco a seis casais por turma; não se recomenda mais do que 10. Não só o professor terá mais tempo para dar atenção individualizada aos casais — particularmente importante durante as sessões de ginástica respiratória e de relaxamento — como também a camaradagem que se cria nos grupos pequenos em geral tem laços mais fortes.

- Os cursos que geram expectativas ir-

reais poderão funcionar contra você. (Se houver garantia de que o curso vai tornar o trabalho de parto de curta duração, ou transformá-lo numa experiência sem dor ou gloriosa, por exemplo, cuidado.) Não há uma forma de saber ao certo quais os princípios doutrinários dos instrutores antes de se assistir às aulas — mas uma conversa com eles mantida antes de pagar pelo curso pode lhe dar uma idéia.

- Qual o índice de trabalho de parto sem medicamentos entre as "graduadas" do curso? Essa pode ser uma informação de grande utilidade, embora possa ser também enganadora. O baixo índice significa que as alunas estavam tão bem preparadas nas várias estratégias de combate à dor que dificilmente precisaram de medicação? Ou que estavam tão convencidas de que pedir a medicação era sinal de fracasso que estoicamente suportaram as dores cruciantes? Talvez a melhor forma de encontrar a resposta seja conversando com algumas das graduadas.

- Como é o currículo? Peça um prospecto do que se ensina no curso e, se possível, assista a uma aula como ouvinte. O bom curso deve incluir uma discussão sobre a cesariana (admitindo que 15% a 25% das alunas vão acabar fazendo uma) e uma sobre o uso de medicamento (reconhecendo que algumas irão sempre necessitar). E também tratará dos aspectos psicológicos e emocionais, assim como dos aspectos técnicos do parto.

- Como são ministradas as aulas? Mostram-se filmes de partos reais? Participam das aulas casais que recentemente se tornaram papais? Há discussão ou apenas monólogo do instrutor? Há oportunidade para os futuros papais formularem perguntas? Dedica-se tempo suficiente durante as aulas para a prática das várias técnicas e dos vários exercícios ensinados? É seguida alguma doutrina em particular — a de Lamaze ou a de Bradley, por exemplo?

AS ESCOLAS DE PENSAMENTO MAIS COMUNS

Há três linhas doutrinárias principais sobre a preparação para o parto, embora muitos instrutores combinem elementos de cada uma delas em suas aulas.

Grantly Dick-Read. A mistura de técnicas de relaxamento com a preparação pré-natal para romper o ciclo de medo-tensão-dor do trabalho de parto e do parto é o fundamento dessa filosofia psicofísica que remonta às décadas de 40 e 50 e que representa o primeiro enfoque organizado para a preparação ao parto nos EUA. Foi a primeira a incluir os pais no processo de preparação e a levá-los à sala de parto. Os programas começam no quarto mês e são conduzidos por instrutores treinados e formados no método Gamper (batizado em homenagem a Margaret Gamper, a enfermeira que inspirou o Dr. Dick-Read).

Lamaze. Também chamado de método psicoprofilático, esse enfoque, cujas primeiras experiências foram realizadas pelo Dr. Ferdinand Lamaze, é semelhante em grande medida ao anterior em que as principais armas contra a dor são o conhecimento e as técnicas de relaxamento. Além disso, o método de Lamaze depende do condicionamento, à Pavlov, que condicionou cães para que salivassem ao soar de uma campainha. A gestante é assim condicionada, através de treinamento e prática intensivos, a substituir as reações contraproducentes às

contrações do trabalho de parto pelas reações de maior utilidade. O pai ou outro auxiliar é treinado com a mãe para assisti-la durante o trabalho de parto e o parto.

Bradley. Esse enfoque, que deu origem ao parto auxiliado pelo marido, insiste na boa dieta e no uso dos exercícios para mitigar os incômodos da gravidez e preparar os músculos para o nascimento e os seios para o aleitamento. As mulheres aprendem a imitar a sua posição e respiração durante o sono (que é lenta e profunda) e a usar o relaxamento para tornar o primeiro período do trabalho de parto mais cômodo. Em lugar da respiração ofegante e de ritmos respiratórios do método Lamaze, o método Bradley emprega a respiração abdominal profunda; em vez de usar a distração e um foco de concentração fora do corpo para afastar do pensamento o incômodo, o método recomenda que a mulher em trabalho de parto se concentre em si mesma e trabalhe com o corpo. A medicação é reservada para as complicações e para as cesarianas: cerca de 94% das adeptas do método passam bem sem ela. As aulas começam tão logo tenha início a gestação e prosseguem durante o puerpério, na crença de que sejam necessários os nove meses completos para que a mulher se prepare física e emocionalmente para o trabalho de parto e o parto.

Outros enfoques doutrinários. Os educadores com diploma da International Childbirth Education Association (Associação Internacional para a Preparação ao Parto) apóiam o atendimento obstétrico centrado na família e a menor intervenção médica possível. Há também nos EUA cursos preparatórios destinados a orientar os pais para o parto em determinado hospital e turmas patrocinadas por equipes médicas, pela organização da manutenção da saúde (HMO) e por outros grupos provedores de atendimento à saúde. Muitos desses cursos não seguem uma linha doutrinária definida, escolhendo o melhor de tudo o que se sabe sobre a preparação ao parto e modificando o seu currículo à medida que chegam novas informações. Em algumas cidades, a preparação para a gravidez e o parto é feita em turmas que costumam iniciar no primeiro trimestre.

11

O Sétimo Mês

A Consulta

O obstetra, dependendo de seu estilo e das necessidades da gestante, vai verificar:[1]

- Peso e pressão arterial
- Urina (açúcar e proteínas)
- Batimento cardiofetal
- Altura do fundo (alto do útero)
- Tamanho e posição do feto, por palpação externa
- Pés e mãos, para surpreender edema (inchação), e pernas, para identificar varizes
- Os sintomas apresentados, principalmente os menos comuns
- As questões e os problemas que a gestante queira discutir — levar uma lista pronta

Os Sintomas Comuns

A gestante ora apresenta todos eles, ora só alguns. Há os que persistem desde o mês anterior, mas pode ter surgido algum outro. Alguns são difíceis de perceber por ela ter-se acostumado a eles. Por vezes aparecem outros, bem menos freqüentes.

Físicos:

- Atividade fetal mais vigorosa e mais freqüente
- Intensificação da secreção vaginal esbranquiçada (leucorréia)

[1] Ver Apêndice para a explicação dos procedimentos e dos exames realizados.

- Dolorimento no baixo ventre
- Prisão de ventre
- Azia, dispepsia, flatulência, distensão abdominal
- Dor de cabeça, desmaio e tontcira ocasionais
- Congestão e sangramento nasal esporádico; entupimento dos ouvidos
- Sangramento das gengivas
- Câibras nas pernas
- Dores nas costas
- Edema leve (inchação) dos tornozelos e dos pés, e por vezes das mãos e do rosto
- Varizes nas pernas
- Hemorróidas
- Coceira na barriga
- Falta de ar
- Dificuldade no sono
- Esparsas contrações de Braxton Hicks, em geral indolores (o útero se endurece por um minuto, e depois volta ao normal)
- Desequilíbrio (aumentando o risco de quedas)
- Colostro, espontâneo ou à expressão, nos seios crescidos

EMOCIONAIS:

- Maior apreensão com respeito à maternidade, à saúde do bebê, ao trabalho de parto e ao parto
- Esquecimento, distração
- Sonhos e fantasias a respeito do bebê
- Maior aborrecimento e enfado com a gestação, começa a ansiedade para vê-la terminar.

O ASPECTO FÍSICO NO SÉTIMO MÊS

Pelo fim do sétimo mês, a gordura começa a se depositar no feto. Ele poderá sugar o polegar, soluçar, chorar; pode sentir gosto amargo ou doce; responder a estímulos, entre os quais a luz, dor e sons. A função placentária começa a declinar, bem como o volume do líquido amniótico, à proporção que o concepto, já com 1.500 g, passa a ocupar o espaço uterino. São boas as chances de sobrevida nesse período.

AS PREOCUPAÇÕES COMUNS

AUMENTO DA FADIGA

"Ouvi dizer que as gestantes devem se sentir ótimas no último trimestre. Pois eu me sinto cansada o tempo todo."

Expressões do tipo "deve se sentir assim ou assado" devem ser banidas do vocabulário da gestante. Não há um isso ou um aquilo que as gestantes devam todas sentir, uniformemente. Embora algumas mulheres sintam-se menos cansadas no terceiro trimestre, em comparação com o primeiro e o segundo, é perfeitamente normal a persistência ou mesmo o agravamento da fadiga. Na realidade, são maiores as razões para que a gestante se sinta cansada no último trimestre do que para sentir-se ótima, bem-disposta. Em primeiro lugar, o peso suportado pela mulher é bem maior do que nos meses anteriores. Segundo, por causa de sua massa volumosa, é possível que tenha problemas durante o sono, que também poderá ser prejudicado pela torrente de preocupações, planos e fantasias em relação ao bebê. Tomar conta de outros filhos, trabalhar, ou os dois ao mesmo tempo pode ser um outro peso para a gestante — o mesmo vale dizer quanto aos preparativos para o novo bebê.

Só porque a fadiga é parte normal da gestação isso não significa que se deva ignorá-la. Como sempre, é sinal dado pelo organismo de que você precisa repousar, ir mais devagar. Siga o conselho: repouse e relaxe o mais que puder. Vão ser necessárias todas as forças que puderem ser poupadas para o trabalho de parto, o parto e — ainda mais importante — para o que vem depois.

A fadiga extrema que não cede depois de repouso prolongado deve ser comunicada ao médico. A anemia (ver p. 189) às vezes ataca no início do terceiro trimestre, motivo por que muitos obstetras tentam surpreendê-la com um exame de sangue rotineiro feito no sétimo mês.

PREOCUPAÇÕES QUANTO AO BEM-ESTAR DO BEBÊ

"Preocupo-me a todo instante se há algo de errado com o bebê."

Provavelmente não há uma única futura mamãe (ou futuro papai) que não tenha sido acometida por esse mesmo receio. Algumas inclusive deixam de fazer o enxoval, de comprar os móveis e de escolher o nome do bebê enquanto os dedos dos pés e das mãos não tiverem sido contados, enquanto não se tiver calculado o índice de Apgar e enquanto o médico não os congratular pelo bebê sadio.

Mas as chances de se ter um filho normal nunca foram tão boas. O coeficiente de mortalidade infantil nos Estados Unidos* é o mais baixo da história: pouco mais de 9 por 1.000 nascimentos (e ainda mais para as mulheres da classe média).[1] E a maioria dos óbitos perinatais (por ocasião do nascimento) ocorre em nascidos de mulheres indigentes que

*Embora não se disponha de dados confiáveis e precisos para o Brasil, o coeficiente de mortalidade infantil no Estado de São Paulo ao iniciar a década de 80 beirava os 6 em 100 nascidos vivos. (*N. do T.*)

[1]Estimativa de fontes governamentais norte-americanas para 1990. Embora represente progresso em relação ao passado, é ainda bem mais elevada do que os índices em muitos outros países. Motivo: atendimento médico inadequado dos mais pobres.

vivem em cidades do interior ou em zonas rurais com precárias condições de atendimento e que além disso costumam não receber nutrição suficiente. A maioria dos outros casos se dá em gestantes de alto risco: as com história familiar de doença genética; com enfermidades crônicas não-controladas; alcoólatras e/ou fumantes ou dependentes de drogas; ou que têm gravidez gemelar. Mesmo para estas, a supervisão médica cuidadosa e o melhor atendimento pré-natal fizeram recentemente crescer-lhes em muito as chances de ter bebês sadios.

Alguns especialistas previram que à medida que o coeficiente de mortalidade infantil declinasse — porque um maior número de bebês com anomalias congênitas ia sobreviver graças aos milagres da medicina — o coeficiente de deficientes físicos iria aumentar. Pois isso não aconteceu; o percentual de anomalias congênitas, na realidade, parece que está declinando. E quando uma criança *nasce* com uma anomalia congênita, não será necessariamente portadora de deficiência física permanente. A maioria das anomalias menores, de menor gravidade, é hoje passível de correção. Quando diagnosticadas *in utero*, algumas podem ser tratadas mesmo antes do nascimento, quer por cirurgia, quer por medicamentos. Pouco depois do nascimento, muitas cardiopatias congênitas e outras anomalias internas podem ser corrigidas com cirurgia, assim como a fenda palatina e as anormalidades dos ossos e dos membros podem ser reparadas cirurgicamente mais tarde. As crianças com deficiência intelectual são capazes de, com a intervenção precoce, fazer progressos extraordinários.

Assim, quando a preocupação a atacar, contra-ataque-a — sabendo que o bebê não poderia ter escolhido uma época mais oportuna para nascer (e crescer) com saúde.

E, naturalmente, continue a fazer tudo que puder para dar a seu bebê as melhores chances possíveis.

EDEMA (INCHAÇÃO) DAS MÃOS E DOS PÉS

"Meus tornozelos parecem inchados, especialmente em tempo mais quente. É um mau sinal?"

O edema de qualquer grau (que nada mais é que o intumescimento por acúmulo excessivo de líquido nos tecidos) era antigamente considerado um sinal de perigo em potencial durante a gestação. Hoje, os médicos admitem que o edema leve se relaciona ao aumento normal e necessário dos líquidos orgânicos durante o período. Um certo edema dos tornozelos e das pernas sem se acompanhar de outros sintomas que sugiram o desenvolvimento de pré-eclâmpsia (ver adiante) é considerado normal. Com efeito, 75% das mulheres desenvolvem esse tipo de edema em algum momento do ciclo gestacional.[1] É particularmente comum no fim do dia, durante os dias quentes, ou depois de a gestante ter ficado de pé ou sentada por um período considerável. Desaparece em grande medida, para a maioria das mulheres, pela manhã ou após várias horas deitada.

Em geral, o edema nada mais causa além de um pouco de incômodo. Para aliviá-lo, convém elevar as pernas ou deitar sempre que puder, preferivelmente sobre o lado esquerdo; usar sapatos ou chinelos confortáveis; evitar as meias comuns ou soquetes com elástico à altura do tornozelo.

Se você achar muito incômodo o edema, tente as meias elásticas. Existem de diversos tipos para a gestante, portanto consulte o médico para ver se há alguma recomendação especial para o seu caso. Ao comprá-las escolha o número

[1] Isso significa que uma em cada quatro gestantes nunca apresenta edema, o que também é absolutamente normal. Outras podem não o perceber.

segundo o peso antes da gestação. Vista-a antes de levantar pela manhã, enquanto a inchação é pequena.

Ajude o organismo a eliminar os produtos de escória bebendo pelo menos oito a dez copos de líquido por dia. Paradoxalmente, beber um volume ainda maior de líquido — até 4 litros por dia — ajuda muitas mulheres a evitar a retenção hídrica. Mas não beba mais de dois copos cheios de uma vez, e não se encha tanto que não sobre mais espaço para os outros 11 componentes das exigências nutricionais diárias. Embora não se creia mais que seja conveniente fazer restrição de sal durante a gravidez (o sal pode ser restringido em algumas mulheres com hipertensão arterial), tampouco sábia é a ingestão excessiva de sal, pois é capaz de aumentar a retenção hídrica.

Se as mãos ou o rosto ficarem inchados, ou se o edema persistir por mais de 24 horas de uma só vez, convém notificar o médico. Esse edema pode ser insignificante, mas também — se acompanhado de rápido ganho ponderal, de elevação da pressão arterial e de proteína na urina — poderá indicar início de pré-eclâmpsia (hipertensão induzida pela gravidez, ver p. 240).

AUMENTO DA TEMPERATURA CUTÂNEA

"A maior parte do tempo sinto que estou quente, e suo muito. Isso é normal?"

Com a elevação em 20% da taxa metabólica basal da gestante (ou seja, a taxa ou ritmo em que o corpo gasta a energia durante o repouso absoluto) vem o calor. Não só vai a gestante sentir calor em tempo quente, como também poderá sentir calor no inverno — quando todos sentem frio. Além disso, provavelmente transpirará mais, sobretudo à noite. O que é um mal que vem para bem. Embora profundamente desagradável, a transpiração noturna ajuda no resfriamento do organismo e na eliminação das escórias metabólicas do corpo.

Para minimizar o incômodo: tomar banhos freqüentes; usar bom desodorante; e usar várias blusas no inverno (em vez de só um agasalho grosso) — é só ir tirando-as ao começar a sentir muito calor. E nunca esquecer de beber líquidos em abundância para repor os perdidos pelos poros.

O ORGASMO E O BEBÊ

"Depois de eu ter um orgasmo o bebê pára de chutar por cerca de meia hora. O sexo é prejudicial a ele nessa fase da gravidez?"

Os bebês são pessoas mesmo quando ainda se encontram dentro do útero. E as reações à atividade sexual dos pais variam muito. Alguns, talvez como o do caso apontado, são embalados e adormecem ao movimento rítmico do coito e às contrações uterinas que acompanham o orgasmo. Outros, estimulados pela atividade, podem se tornar mais ativos. Ambas as reações são normais; nenhuma denuncia a percepção por parte do feto do que está se passando, ou qualquer espécie de sofrimento fetal.

Já afirmar que as relações sexuais são totalmente seguras nos dois últimos meses de gestação, mesmo na gravidez normal, é questão de crescente controvérsia na comunidade obstétrica. Inocentado há vários anos como fator contribuinte ao trabalho de parto prematuro e às infecções perinatais, o coito nas últimas semanas de gestação torna a ser implicado nessas complicações pelos pesquisadores. Para saber o que é considerado seguro na atividade sexual do casal durante a gravidez, consultar Fazendo Sexo Durante a Gravidez, p. 199.

TRABALHO DE PARTO PREMATURO

"Há alguma coisa que eu possa fazer para ter certeza de que meu filho não vai ser prematuro?"

É maior o número de bebês que nascem pós-maturos. Nos EUA, apenas 7-10 entre 100 partos são prematuros ou pré-termo — ou seja, ocorrem antes de 37 semanas de gestação. Um terço dos partos prematuros ocorre porque o trabalho de parto começa antes do previsto; um terço por causa do rompimento prematuro das membranas; e o outro terço por causa de problema materno ou fetal. Cerca de 3 em 4 ocorrem em mulheres cujo risco de prematuridade é conhecido. O índice de partos prematuros é inferior nas mulheres de raça branca (menos de 6 em 100) e mais elevado em mulheres de raça negra (aproximadamente 13 em 100), isso, ao menos em parte, por razões sócio-econômicas. Os extraordinários progressos da prevenção do trabalho de parto prematuro, com um melhor e mais acessível atendimento pré-natal, devem reduzir a longo prazo a incidência desse problema.

Há uma ampla gama de fatores que parecem se relacionar com maior risco de prematuridade. Quanto mais fatores de risco encontrados na história obstétrica da gestante, maior a probabilidade de o parto ser prematuro. Os fatores de risco arrolados a seguir podem ser eliminados em muitos casos, aumentando em muito a probabilidade de a gestante chegar ao termo:

Tabagismo. Renunciar aos cigarros antes da concepção ou o quanto antes possível ao engravidar.

Consumo de álcool. Evitar o consumo regular de cerveja, vinho e licor (ninguém sabe ao certo quanto é demais, e por isso é mais segura a abstenção).

Abuso de drogas. Não fazer uso de medicamentos sem a aprovação de um médico que esteja ciente de sua gravidez; não fazer uso de outras drogas.

Ganho de peso insuficiente. Se o peso pré-gestacional era normal, é preciso ganhar no mínimo 10 quilos; se estava bem abaixo do normal, é preciso ganhar uns 15 quilos. (As mais obesas, com nutrição excelente e com a permissão do médico, podem ganhar menos peso com segurança.)

Nutrição insuficiente. Seguir uma dieta bem-balanceada (ver a Dieta Ideal, p. 109) durante toda a gravidez. Certificar-se de que o complemento vitamínico contém zinco: algumas pesquisas recentes vincularam a deficiência de zinco à prematuridade.

Trabalhar de pé ou com atividade física intensa. Se o trabalho sozinho ou o trabalho e mais os afazeres domésticos exigirem que você fique de pé por várias horas diariamente, pare de trabalhar ou diminua a carga horária.

Relações sexuais (para algumas mulheres). As gestantes com risco elevado de parto prematuro em geral se recomenda a abstinência sexual, seja do coito, seja do orgasmo, durante os últimos três ou os últimos dois meses de gravidez porque, nessas mulheres, o orgasmo pode ativar as contrações uterinas.

Desequilíbrio hormonal. Da mesma forma que é capaz de causar o abortamento tardio, o desequilíbrio dos hormônios pode, às vezes, desencadear o parto prematuro; a terapêutica hormonal previne ambos.

Outros fatores de risco nem sempre são passíveis de eliminação, mas podem-se modificar seus efeitos:

Infecções (como rubéola; certas doenças venéreas; e infecção urinária, vaginal ou do líquido amniótico). Em presença de infecção capaz de comprometer o feto, o trabalho de parto precoce parece ser a forma do corpo em tentar livrar o bebê do ambiente perigoso. No caso da infecção do líquido amniótico (coriomniotite), que pode ser causa importante de trabalho de parto pré-termo, a resposta imunológica do corpo aparentemente desencadeia a produção de prostaglandinas, o que pode desencadear o trabalho de parto, além de substâncias que podem lesar as membranas fetais, levando a ruptura prematura.

Para reduzir o risco de infecção, afaste-se de pessoas doentes e faça repouso e exercícios suficientes, cuide da boa nutrição e tenha atendimento pré-natal regular. Alguns médicos também recomendam o uso de preservativo (camisinha) durante os últimos meses de gravidez para reduzir o risco de infecção de líquido amniótico.

Insuficiência cervical. Essa condição, em que o colo uterino debilitado se abre prematuramente, muitas vezes passa sem diagnóstico até que ocorra enfim um caso de aborto espontâneo tardio ou de trabalho de parto prematuro. Após diagnosticada a condição, o parto prematuro pode ser evitado pela sutura da cérvice por volta de 14 semanas de gestação. Suspeita-se também que em algumas mulheres, por motivo ignorado e aparentemente sem relação com a insuficiência cervical, a cérvice comece a se apagar e a se dilatar precocemente, causando o parto prematuro. O exame de rotina da cérvice para descobrir tais alterações nos últimos meses da gravidez em mulheres de alto risco é procedimento comum e provavelmente de grande utilidade.

Irritabilidade uterina. As pesquisas sugerem que em algumas mulheres o útero é particularmente irritável, e que essa irritabilidade deixa-o suscetível a contrações irregulares. Caso sejam identificadas tais mulheres e acompanhadas no terceiro trimestre, é possível, acreditam alguns, prevenir-lhes o trabalho de parto prematuro mediante o repouso parcial ou absoluto no leito e/ou o emprego de medicamentos para interromper as contrações.

Placenta prévia (quando a placenta se localiza na região baixa — inferior — do útero, perto da cérvice ou sobre ela). Pode ser diagnosticada pela ultrasonografia ou pode não ser descoberta até que se note sangramento no meio ou mais ao fim da gestação. O trabalho de parto prematuro pode ser evitado pelo repouso absoluto.

Afecções maternas crônicas (hipertensão arterial; cardiopatia, hepatopatia ou nefropatia; diabetes). O bom atendimento médico, que por vezes requer o repouso ao leito, é capaz de muitas vezes prevenir o parto prematuro.

Estresse. Às vezes a causa do estresse pode ser eliminada ou minimizada (afastamento de emprego extenuante, aconselhamento para problemas conjugais, por exemplo); noutras, a eliminação da causa é mais difícil (quando a mulher perde o emprego e está grávida e sozinha). Mas todos os tipos de estresse podem ser reduzidos através da educação, das técnicas de relaxamento, da boa nutrição, do equilíbrio entre o repouso e o exercício, e pela conversa a respeito do problema — muitas vezes em grupos de mútua ajuda (ver p. 147).

Gestante com menos de 17 anos. A boa nutrição e o atendimento pré-natal ajudam a mãe não só a compensar o crescimento do concepto, mas o próprio.

A gestante com mais de 35 anos. A nutrição ideal, o devido atendimento pré-

natal, a redução do estresse e a triagem pré-natal de problemas obstétricos e genéticos específicos ajudam a mãe de mais idade a reduzir os riscos.

Baixo nível educacional ou sócio-econômico. Uma vez mais, a boa nutrição e o acesso precoce, com boa participação, ao atendimento pré-natal bem conduzido, além da eliminação de tantos fatores de risco quanto possível, podem reduzir esse risco.

Anormalidades estruturais do útero. Uma vez diagnosticado o problema, a reparação cirúrgica anterior à gravidez pode com freqüência prevenir os futuros casos de possível prematuridade.

Gestações múltiplas. As mulheres com prenhez gemelar têm o parto em média três semanas antes do previsto. O atendimento pré-natal meticuloso, a nutrição ideal, e a eliminação de outros fatores de risco, junto com mais tempo passado em repouso, e com restrição das atividades conforme necessário no último trimestre, são medidas que podem prevenir o parto muito precoce.

Anormalidades fetais. Em alguns casos, o diagnóstico pré-natal pode identificar uma anomalia passível de tratamento na vida intra-uterina; às vezes, a correção do problema permite que a gravidez chegue a termo.

História de prematuridade. Quando a causa é diagnosticada, a prematuridade pode ser corrigida: o atendimento pré-natal de boa qualidade, as reduções dos outros fatores de risco e a limitação das atividades ajudam a prevenir a volta do problema.

Ocasionalmente, nenhum dos fatores de risco acima citados está presente. A mulher sadia, com gestação perfeitamente normal, entra repentinamente em trabalho de parto precoce, sem razão aparente. Talvez algum dia se identifique a causa desse problema, mas atualmente são rotulados como "de causa desconhecida".

Quando estão presentes os fatores de risco, as pesquisas mostram que é possível reduzir a incidência de prematuridade através da educação e da monitorização uterina em casa. Não se sabe qual desses elementos é o que ajuda — se a educação e o contato com a enfermeira, ou se apenas a monitorização, ou ainda se ambos — mas esses programas comprovadamente reduzem os casos de prematuridade.

Se tiver início o trabalho de parto precoce, o parto em geral pode ser adiado até que o bebê esteja mais maduro. Mesmo uma breve demora pode ser benéfica; cada dia a mais que o bebê permanece dentro do útero até o termo, maiores suas chances de sobrevida. Assim, a leitora há de perceber que é importante se familiarizar com os sinais do trabalho de parto precoce e alertar o obstetra à menor suspeita de que o trabalho de parto esteja começando. *Não se preocupar quanto a incomodar o médico* — não importa o dia, não importa a hora. Eis os sinais:

- Cólicas como as menstruais, com ou sem diarréia, náusea ou dispepsia (má digestão).
- Dores ou pressão na parte baixa das costas, ou modificação de sua qualidade.
- Dor ou pressão no assoalho pélvico, nas coxas ou na virilha.
- Mudança na secreção vaginal, sobretudo se ficar aquosa, tingida de sangue, com estrias de cor rosa ou castanha. A eliminação de tampão mucoso espesso, gelatinoso, pode ou não a preceder.

Rompimento das membranas (gotejamento ou jorro de líquido pela vagina).

Todos estes sintomas podem se manifestar e a gestante não se achar em trabalho de parto: só o obstetra saberá dizer com certo. Se ele suspeitar de trabalho de parto, provavelmente providenciará o exame imediatamente. Ver o tratamento do parto prematuro na p. 406. Se ocorrer o trabalho de parto prematuro — apesar das medidas tomadas para preveni-lo ou adiá-lo —, as probabilidades de a gestante ter bebê normal, sadio e de levá-lo do hospital para casa são excelentes. (Naturalmente, para levá-lo para casa poderá demorar semanas ou meses a fim de que tais probabilidades sejam maiores.)

CRESCEM AS RESPONSABILIDADES

"Começo a me preocupar com o emprego: acho que não serei capaz de dar conta dele, da minha casa, do meu casamento — sem falar do bebê."

Provavelmente você não vai dar conta de coisa alguma se, ao mesmo tempo, tentar ser uma profissional competente, uma dona de casa, esposa e excelente mãe — buscando a perfeição em tudo. Muitas são as puérperas que tentaram ser "supermulheres": poucas tiveram êxito sem sacrificar a saúde e a felicidade.

Mas será possível sobreviver se você se reconciliar com a realidade: no princípio, pelo menos, não vai ser possível fazer tudo o que você quer. Se o emprego, o marido e o bebê são prioridades, a casa imaculada terá de ceder. Se a maternidade em tempo integral a atrai e você puder ficar em casa por algum tempo, talvez possa afastar-se de sua carreira temporariamente. Ou cumprir os compromissos em horário de meio-expediente. É só questão de decidir quais são as prioridades.

Qualquer que seja a decisão tomada, a sua nova vida será mais fácil se você não a conduzir sozinha. Atrás da mãe mais bem-sucedida acha-se o pai cooperador, desejoso de partilhar a carga de trabalho. Não se sinta culpada ao pedir ao marido para trocar fraldas e dar banho no bebê depois de um dia longo e cansativo no escritório. Talvez seja a melhor forma de ele arejar a cabeça e, ao mesmo tempo, começar a conhecer o filho. Se o papai não estiver disponível (todo o tempo ou parte dele), então a mamãe terá de considerar outras fontes de ajuda: os avós ou outros parentes, babás, creches.

ACIDENTES

"Perdi o equilíbrio hoje quando estava passeando e caí de barriga na calçada. Não estou preocupada com os joelhos e os cotovelos esfolados, mas só com a possibilidade de ter machucado o bebê fico aparvorada."

A mulher no último trimestre da gestação não é exatamente a mais graciosa das criaturas da terra. A falta de sen-

Não Retenha (A Urina)

O hábito de não urinar quando se sente vontade aumenta o risco de que uma inflamação urinária irrite o útero e dê início às contrações. Portanto: *não prenda*, não retenha a urina.

so de equilíbrio (devido ao deslocamento à frente do centro de gravidade do corpo) e as articulações mais frouxas, menos estáveis, contribuem para a falta de jeito, para a inépcia, e a tornam propensa a quedas — sobretudo aos tombos de barriga. O mesmo se há de dizer da sua tendência ao cansaço, da sua predisposição à preocupação e ao devaneio e à dificuldade de conseguir ver os pés por sobre a barriga.

Embora um tombo no meio-fio possa deixar a gestante coberta de arranhões e de esfoladuras (sobretudo no ego), é extremamente raro o feto sofrer conseqüências do episódio. O bebê se acha protegido pelo sistema de absorção de choques mais sofisticado do mundo, que se compõe de líquido amniótico, membranas resistentes, um útero muscular e elástico e uma robusta cavidade abdominal cingida por músculos e ossos. Para que algo penetre neste sistema e para que o bebê sofra conseqüências, o traumatismo tem de ser muito sério — do tipo que se tenha de ir parar num hospital.

Embora provavelmente o concepto não tenha sofrido qualquer dano, o médico deverá tomar conhecimento da ocorrência de uma queda. Talvez lhe peça para ir ao consultório a fim de verificar o batimento cardíaco do bebê — principalmente para afastar as preocupações de sua cabeça.

Na rara ocasião em que a lesão traumática compromete a gestação por causa do acidente, os casos mais prováveis são o de deslocamento prematuro da placenta, parcial ou completo, com separação entre a placenta e a parede uterina — uma lesão que requer o pronto atendimento por parte do médico. Se perceber sangramento vaginal, escoamento de líquido amniótico, ou contrações uterinas, ou se o bebê parecer anormalmente inativo, procure auxílio médico *imediatamente*. Faça com que alguém a leve para um serviço de emergência ou pronto-socorro, caso não consiga entrar em contato com seu médico.

DOR LOMBAR E NAS PERNAS (CIÁTICA)

"Venho sentindo dor no lado direito das costas, que depois desce para o quadril e para a perna. O que está acontecendo?"

O nome parece indicar outro perigo ocupacional para a mãe expectante. A pressão do útero em crescimento, que é responsável por tantos outros incômodos, pode também atingir o nervo ciático — causando dor lombar baixa, nas nádegas e nas pernas. O repouso, e a aplicação de calor local, pode ajudar. A dor pode passar com a mudança de posição do bebê ou persistir até a hora do parto. Em alguns casos mais acentuados, recomenda-se repouso no leito durante alguns dias ou então exercícios especiais.

ERUPÇÕES NA PELE

"Se já não bastassem as estrias, agora estou cheia de coceira e com uma espécie de urticária."

Faltam menos de três meses para o parto, quando então você poderá dizer adeus a todos os efeitos indesejáveis da gravidez — inclusive essa erupção. É bom saber que não representa nenhum risco para você e para o bebê. Trata-se de uma curiosa erupção: são as placas e pápulas urticadas da gravidez e que também são pruriginosas (coçam). A condição desaparece depois do parto e não costuma retornar em gestações subseqüentes. Embora as placas muitas vezes se desenvolvam junto às estrias, às vezes aparecem nas coxas, nas nádegas, nos braços. Mostre-as ao médico. É provável que prescreva algum medicamen-

to tópico ou não para aliviar o desconforto.

Muitas outras erupções cutâneas podem surgir na gravidez. Dificilmente representam problema de maior gravidade. Mostre-as sempre ao médico: algumas precisam ser tratadas, outras desaparecem espontaneamente depois do parto.

SOLUÇOS FETAIS

"Às vezes sinto pequenos espasmos regulares na barriga. É chute, contorção ou o quê?

Acredite se quiser, o bebê ficou com soluço. É fenômeno comum em conceptos na segunda metade da gestação. Alguns soluçam várias vezes ao dia, todos os dias. Outros nunca os apresentam. O mesmo quadro poderá persistir depois do nascimento.

Mas antes de tentar fazer com que o bebê prenda a respiração, convém saber que o soluço não causa em bebês (dentro ou fora do útero) o mesmo incômodo que causa em adultos — ainda quando persistem por 20 minutos ou mais. Portanto, relaxe e desfrute desse passatempo que vem de dentro.

SONHOS E FANTASIAS

"Tenho tido tantos sonhos vívidos com o bebê que acho que estou ficando louca."

Embora os muitos sonhos noturnos e diurnos (ora tenebrosos, ora agradáveis) que a gestante costuma ter no último trimestre possam lhe dar a impressão de estar perdendo o senso, na realidade o que de fato propiciam é a sua saúde mental. Os sonhos e as fantasias são absolutamente normais e ajudam a gestante a solucionar as preocupações e os medos de forma sadia.

O conteúdo dos sonhos e das fantasias comumente manifestados nas gestantes exprime os sentimentos profundos e as preocupações que, não fossem eles, poderiam ser suprimidos. Entre os sonhos, estão:

- Estar despreparada, perder objetos, esquecer de alimentar o bebê, perder a hora da consulta; sair para fazer compras e esquecer o bebê; estar despreparada para o bebê quando ele chegar; perder a chave do carro, ou mesmo o bebê — são quadros oníricos que exprimem o receio de não se estar à altura da maternidade que se aproxima.

- Ser atacada ou ferida — por intrusos, ladrões, animais; cair de uma escada depois de um empurrão ou de um escorregão — podem representar o sentimento de vulnerabilidade.

- Ver-se aprisionada ou sem chance de escapar — presa num túnel, num carro, num quarto pequeno; afogar-se numa piscina, em lago com neve derretida, em lava-carros de posto de gasolina — podem significar o medo de se ver amarrada e privada da liberdade pelo bebê.

- Sair da dieta — ganhar muito peso, ou ganhar muitos quilos da noite para o dia; comer demais; comer ou beber o que não deve (dois *sundaes* com calda de chocolate quente ou uma garrafa de vinho) ou não comer o que deve (esquecer de tomar leite durante uma semana) — sonhos comuns entre as que tentam se adaptar a uma dieta rigorosa.

- Perder o encanto — tornar-se feia ou repulsiva ao marido; perder o marido para outra mulher — sonhos que exprimem em quase todas as gestantes o medo de que a gravidez destrua a sua aparência para sempre e afaste o marido.

- Encontros sexuais — positivos ou negativos, agradáveis ou geradores de culpa — podem ser reflexo da confusão e da ambivalência sexual muitas vezes experimentadas durante a gestação.

- Morte e ressurreição — perda dos pais ou volta de outros parentes mortos — talvez representem a forma do subconsciente de unir as novas com as velhas gerações.

- Vida familiar com o novo bebê — aprontar-se para o bebê; brincar carinhosamente com o bebê — são a antecipação da maternidade, o surgimento do vínculo entre a mãe e o filho antes do nascimento.

- Como o bebê será — pode representar uma ampla variedade de preocupações. Sonhar com o bebê deformado ou de tamanho incomum é expressão da ansiedade com respeito à saúde do bebê. As fantasias sobre habilidades inusitadas do bebê ao nascer (falar ou caminhar ao nascer, por exemplo) podem significar preocupação com a inteligência do bebê e ambição para o seu futuro. As premonições sobre o sexo do bebê podem indicar a preferência íntima por um sexo ou pelo outro. O mesmo se pode dizer quanto aos sonhos com a cor dos olhos ou dos cabelos — lembrando os do pai ou os da mãe. Os pesadelos em que o bebê já nasce crescido podem significar outro problema — o receio de lidar com um bebezinho pequeno.

Embora os sonhos e as fantasias durante a gravidez possam ser muito mais provocadores de ansiedade do que noutros períodos da vida, costumam ser também nessa fase de maior utilidade. Se a gestante escutar com atenção o que as fantasias lhe dizem sobre os seus sentimentos e encará-los agora, poderá fazer uma transição mais suave do mundo irreal da maternidade imaginada para o mundo real quando ela chegar de fato.

BEBÊ DE BAIXO PESO

"Tenho lido muito sobre a alta incidência de bebês com baixo peso. O que posso fazer para garantir que não terei um assim?"

Como na maioria dos casos, os bebês de baixo peso são passíveis de prevenção, muito você pode fazer — e enquanto estiver lendo este livro há boa chance de que já tenha feito muito neste sentido. No âmbito nacional (EUA), aproximadamente 7 entre 100 recém-nascidos são classificados como de baixo peso ao nascer (nascem com menos de 2.500 g) e pouco mais de 1 em 100 nascem com baixo peso *acentuado* (com menos de 1.500 g). Mas entre as gestantes bem-informadas, conscientes do atendimento médico, dos cuidados consigo mesmas e da importância dos hábitos de vida, a incidência é muito menor. As causas mais comuns são passíveis de prevenção (fumo, consumo de álcool, uso de drogas pela mãe, má nutrição, atendimento pré-natal insuficiente, por exemplo); muitas outras (como as enfermidades maternas crônicas) podem ser controladas pelo devido trabalho conjunto da mãe e do médico. Uma causa importante — o trabalho de parto prematuro — pode, em alguns casos, também ser prevenida (ver p. 256).

Naturalmente, às vezes o bebê é pequeno ao nascer por motivos que ninguém pode controlar — baixo peso da mãe quando nasceu, por exemplo, ou insuficiência placentária ou ainda algum distúrbio genético (ver p. 399 para outras informações sobre as causas de retardo do crescimento fetal). Mas inclusive nesses casos, o problema é compensado pela dieta excelente e pelo diligente atendimento pré-natal. E quando

o bebê se revela pequeno para a idade gestacional, o atendimento médico de qualidade superior, ora existente, oferece inclusive ao de mais baixo peso uma chance crescente de sobreviver e de crescer com saúde.

Se você achar que tem motivos para se preocupar com essa possibilidade, divida essa preocupação com o médico. Uma sonografia provavelmente será capaz de determinar de imediato se o feto está ou não está crescendo em ritmo normal. Se não estiver, há condutas que permitem identificar a causa desse crescimento lento e, quando possível, corrigi-la (ver p. 400).

PLANEJAMENTO DO PARTO

"Uma amiga que foi mãe recentemente disse que elaborou um plano para o parto com a sua obstetra antes do parto. Isso é comum?"

Esses planos vêm se tornando cada vez mais comuns à proporção que os médicos reconhecem que cresce dia a dia o número de mulheres — e de maridos — que gostariam de participar, o mais possível, das decisões à sala de parto. Há médicos que solicitam às gestantes para preencherem um plano, por escrito, do parto. Os outros, na maioria, estão dispostos a discutir esse plano se a paciente solicitar. O plano típico combina os desejos e as preferências dos pais como o que o médico e o hospital consideram aceitável — e o que é exeqüível do ponto de vista prático. Não é um contrato, e sim um acordo por escrito entre o médico e/ou hospital e a paciente. O objetivo é aproximar o parto o mais possível do ideal da paciente, e ao mesmo tempo eliminar expectativas irreais, minimizar o desapontamento e evitar conflitos importantes durante o trabalho de parto e o parto.

O plano do parto pode tratar de uma ampla variedade de tópicos; o seu conteúdo dependerá dos pais, do médico e do hospital em questão, além da situação particular. Alguns dos assuntos em que você pode querer manifestar preferência são os seguintes (consulte as páginas correspondentes, antes de tomar qualquer decisão):

- Durante o trabalho de parto, por quanto tempo você gostaria de ficar em casa (ver p. 311).
- Comer e/ou beber durante o trabalho de parto ativo (p. 333).
- Levantar-se da cama (caminhar ou sentar) durante o trabalho de parto (p. 331).
- Usar lentes de contato durante o trabalho de parto e o parto (em geral não é permitido se houver necessidade de anestesia geral).
- O local do trabalho de parto e do parto — sala de parto, sala de trabalho de parto etc. (p. 301)
- Personalização da atmosfera (com música, iluminação, objetos de casa).
- Uso de máquina fotográfica ou de videoteipe.
- Uso de clister (enema) (p. 319).
- Depilação da região púbica (p. 320).
- Uso de soro por gotejamento intravenoso (p. 321).
- Cateterismo vesical de rotina (p. 425).
- Uso de medicação contra a dor (p. 265).

- Monitorização fetal externa (contínua ou intermitente); monitorização fetal interna (p. 322).
- Uso de ocitocina (para induzir ou intensificar as contrações; p. 314).
- Posições para o parto (p. 342).
- Episiotomia; uso de medidas para reduzir a necessidade de uma episiotomia (p. 325).
- Uso de fórceps (p. 328).
- Cesariana (p. 281).
- Aspiração do recém-nascido; aspiração pelo pai.
- Presença de outras pessoas importantes (além do marido) durante o trabalho de parto e/ou o parto.
- A presença de filhos mais velhos durante o parto ou logo após ele.
- Segurar o bebê logo após o parto; amamentação imediata.
- Adiar a pesagem do bebê e a administração das gotas oculares até que você e seu filho tenham se conhecido.

Talvez queira incluir alguns itens do puerpério, como:

- Sua presença durante a pesagem do bebê, a administração de gotas oculares, o exame pediátrico e o primeiro banho do bebê.
- Alimentação do bebê no hospital (se será controlada pelo horário do berçário ou pela fome do bebê; se será oferecido apoio para a amamentação; se serão evitadas as mamadeiras suplementares).
- Tratamento do ingurgitamento mamário se você não amamentar (p. 428).
- Circuncisão.
- Alojamento conjunto.
- Visita de outros filhos a você e/ou a você e o bebê.
- Medicação no puerpério ou tratamento para você e seu filho.
- Duração da permanência no hospital, para evitar complicações.

Naturalmente com relação a alguns desses itens o julgamento do médico ou o regulamento hospitalar vão interferir no planejamento final. E lembre-se de que embora seja ideal se o planejamento puder ser da forma como você o desenvolveu, nem sempre é possível. Como não há meios de se prever a exata evolução do trabalho de parto e do parto, esse plano feito antes do início do processo pode acabar não sendo do seu interesse ou do interesse do seu filho. Talvez tenha de ser alterado no último minuto. Se isso acontecer, procure ter em mente que as prioridades em qualquer parto devem ser a saúde e a segurança da mãe e do bebê — e que todas as outras considerações precisam ser secundárias.

O QUE É IMPORTANTE SABER: TUDO SOBRE A MEDICAÇÃO DURANTE O PARTO

Em 19 de janeiro de 1847, o médico escocês James Young Simpson derramou meia colher de chá de clorofórmio num lenço e segurou-o junto ao nariz de uma mulher em trabalho de parto. Em menos de meia hora, foi esta mulher a primeira a dar à luz sob anestesia. (Houve apenas uma complicação: quando a mulher — cujo primeiro filho só nasceria depois de três dias de doloroso trabalho de parto — acordou, o Dr. Simpson não conseguiu convencê-la de que já havia parido de fato.)

Essa revolução na prática obstétrica foi bem-vinda pelas mulheres, mas combatida pelo clero e por membros do meio médico, que achavam que as dores do parto (o castigo da mulher pelas indiscrições de Eva no Paraíso) eram fardo que as mulheres tinham que suportar. O alívio da dor seria imoral.

Mas os oponentes da anestesia estavam fadados ao fracasso. Depois de espalhar-se a notícia de que o parto podia transcorrer sem dor, as pacientes obstétricas passaram a não aceitar como explicação para o sofrimento a negativa dogmática: "É proibido o alívio da dor." Deixou-se de questionar o lugar da anestesia na obstetrícia: passou-se a discutir qual tipo de anestesia seria o mais apropriado.

A busca do alívio perfeito — uma droga que eliminasse a dor sem prejudicar a mãe ou a criança — teve início. Fizeram-se enormes progressos (que ainda continuam a ser feitos); os analgésicos e os anestésicos tornavam-se mais seguros e mais eficazes, ano após ano.

Enfim, nas décadas de 50 e 60, o caso de amor entre a anestesia e as pacientes obstétricas começou a ficar tumultuado. As mulheres queriam ficar acordadas durante o parto e vivenciar todas as sensações, por mais incômodas que fossem. E queriam ver os filhos tão acordados quanto elas próprias — e não aturdidos pelo efeito da anestesia.

Durante a década de 70 e a de 80, mulheres com toda a sua sinceridade e ingenuidade decretaram guerra contra médicos recalcitrantes, com o seguinte grito de batalha: "Parto natural para todas." Hoje, os médicos e as pacientes esclarecidas admitem que querer o alívio da dor cruciante também é natural, e que portanto a medicação para alívio da dor pode ter seu papel no parto natural. Embora o parto sem medicamentos ainda seja considerado o ideal, entende-se que há ocasiões em que não é no melhor interesse da mãe e/ou da criança. A medicação é recomendada quando:

- O trabalho de parto é prolongado e complicado — já que o estresse pela dor pode causar desequilíbrios químicos que podem interferir nas contrações, comprometer o fluxo sangüíneo fetal e esgotar a mãe, reduzindo sua capacidade de fazer os esforços expulsivos.

- É necessário o fórceps baixo (para facilitar a expulsão do bebê tão logo seja visível a cabeça no canal vaginal).

- É necessário desacelerar o trabalho de parto perigosamente rápido.

- A mãe está tão agitada que impede a evolução normal do trabalho de parto.

O uso prudente de qualquer tipo de medicação sempre requer a ponderação diligente dos riscos e dos benefícios. No caso dos medicamentos obstétricos administrados durante o trabalho de parto e o parto, os riscos e benefícios são considerados em relação à mãe e ao bebê, tornando a equação mais complicada. Em alguns casos, os riscos nitidamente superam os benefícios oferecidos — quando, por exemplo, o feto não se mostra suficientemente forte para suportar o duplo estresse do trabalho de parto e da medicação.

Os especialistas, na maioria, concordam que, ao se usar medicamentos durante o parto, os benefícios podem ser fomentados e os riscos reduzidos:

- Selecionando-se um medicamento que tenha mínimos efeitos colaterais e apresente o menor risco para a mãe e o bebê e que, ao mesmo tempo, assegure o alívio da dor; ministrando-o na menor dose eficaz e no momento ideal da evolução do trabalho de parto. A exposição a anestésicos gerais costuma ser minimizada nas cesarianas pela extração do feto minutos após a administração do medicamento à mãe, antes que atravesse a placenta em quantidade significativa.

- Dispondo-se de anestesista para ministrar a anestesia. (A parturiente tem o direito de insistir nesse ponto caso necessite de raquianestesia, anestesia epidural ou geral.)

Preocupação constante durante a administração de medicamentos em pacientes obstétricas é não apenas a da segurança do beneficiário direto (a mãe), mas a do indireto (o bebê). Os bebês cujas mães são medicadas durante o parto podem nascer sonolentos, moles, lerdos, sem reagir aos estímulos e, menos frequentemente, com dificuldade de respiração e de sucção, além de batimento cardíaco irregular. As pesquisas revelam, contudo, que, quando as drogas são devidamente empregadas, tais efeitos adversos logo desaparecem depois do nascimento. O feto é capaz de suportar um certo grau da depressão ou suspensão de atividade por vezes resultante do excesso de medicamentos usados durante o trabalho de parto ou de anestesia durante o parto; só nos casos muito extremos de privação é que há perigo. Se o bebê estiver tão drogado que não consegue respirar espontaneamente ao nascer, a reanimação imediata (procedimento simples) previne as seqüelas.

Entretanto, outra preocupação na administração do alívio da dor está em como afetará a evolução do trabalho de parto; ministrada no momento inoportuno, poderá desacelerá-lo ou interrompê-lo.

QUAIS OS MEDICAMENTOS ANALGÉSICOS MAIS USADOS?

Durante o trabalho de parto e o parto emprega-se uma ampla variedade de analgésicos (que mitigam a dor), de anestésicos (que eliminam toda a sensibilidade) e de ataráxicos (tranqüilizantes). Que medicamento será usado (se houver necessidade) vai depender do estágio do trabalho de parto, da preferência da paciente (exceto em emergência), do histórico médico pregresso da mãe, e de sua condição atual e também da do bebê, além da preferência e experiência do obstetra ou/e do anestesista. A eficácia vai depender da mulher, da dose e de outros fatores. (Muito raramente a droga não produz o efeito almejado, proporcionando pouco ou nenhum alívio da dor.) O combate à dor em obstetrícia é em geral

conseguido através de um dos seguintes medicamentos:

Analgésicos. A meperidina, analgésico potente em geral conhecido pelo nome de Demerol, é uma das drogas usadas com maior freqüência em analgesia obstétrica. É mais eficaz quando ministrada por via intravenosa (injetada lentamente por via venosa para que se possa controlar bem o efeito) ou por via intramuscular (uma injeção, em geral nas nádegas, embora o medicamento possa ser administrado a cada duas ou quatro horas, conforme a necessidade). O Demerol não costuma interferir nas contrações ou no efeito destas, embora com grandes doses as contrações possam ficar menos freqüentes ou mais fracas. Ele pode na realidade ajudar a normalizar as contrações na disfunção uterina (útero com funcionamento anormal). Como os outros analgésicos, só é administrado geralmente depois de confirmado o trabalho de parto (excluído o falso), mas pelo menos duas ou três horas antes de esperar-se o parto. A reação da mãe à droga e a magnitude do alívio da dor variam amplamente. Algumas mulheres se sentem relaxadas e conseguem enfrentar melhor as contrações. Outras se sentem incomodadas pelo torpor e encontram mais dificuldade em trabalhar com as contrações. Entre os efeitos colaterais, que dependem da sensibilidade da mulher, estão a náusea, o vômito, a depressão e o declínio da pressão arterial. O efeito do fármaco sobre o recém-nascido vai depender da dose total e da proximidade do parto ao ter sido ministrada. Quando muito próxima do parto, o bebê poderá se mostrar sonolento e com dificuldade de sucção; noutros casos, menos freqüentes, há depressão respiratória e se faz necessário o uso de oxigênio. São efeitos em geral de breve duração e, quando preciso, podem ser combatidos. O Demerol também pode ser usado no puerpério para aliviar as dores de uma episiotomia ou cesariana.

Tranqüilizantes. Esses medicamentos (Fenergan ou Diazepam) são usados para acalmar e relaxar a mulher ansiosa a fim de que possa participar mais plenamente do parto. Aumentam também a eficácia dos analgésicos, como a do Demerol. Como estes, costumam ser ministrados depois de já iniciado o trabalho de parto e bem antes do parto. Mas às vezes são usados no início do trabalho de parto, quando a mulher se mostra muito nervosa. A reação das mulheres aos efeitos dos tranqüilizantes varia muito. Algumas se sentem bem com a leve sonolência; outras acham que interferem com seu controle. Uma dose pequena permite aliviar a ansiedade sem interferir no estado de alerta. Doses maiores podem causar dificuldade na fala (fala arrastada) e cochilo ou sono leve entre as contrações — dificultando o uso das técnicas aprendidas no curso preparatório. Embora os riscos para o feto ou recém-nascido sejam mínimos (exceto em caso de sofrimento fetal), é boa idéia para você e para o seu auxiliar tentar o relaxamento sem uso de medicamentos antes de pedir por eles.

Inalantes. O óxido nitroso é hoje dificilmente empregado, exceto em combinação com outras drogas na indução da anestesia geral.

Bloqueio anestésico regional. Os anestésicos injetados no trajeto de um ou de vários nervos podem ser usados para abolir a sensibilidade nessa ou naquela região. No parto, os anestésicos conseguem adormecer completamente a área da cintura para baixo durante o parto cirúrgico, ou uma área menor, total ou parcialmente, no parto vaginal. O bloqueio regional tem a vantagem sobre a anestesia geral, para o parto cirúrgico, de manter a mãe acordada durante o nascimento e também depois. No parto va-

ginal, tem a possível desvantagem de inibir a premência de empurrar (esforços expulsivos). Ocasionalmente, ministra-se a ocitocina para revigorar as contrações atenuadas pelo efeito anestésico. Por vezes se insere um cateter (tubo) na bexiga para drenar a urina (porque também se suprime a vontade de urinar). Os bloqueios mais freqüentes são: pudendo, epidural, espinhal e caudal.

O bloqueio pudendo, às vezes usado para aliviar as dores do segundo período na fase inicial, costuma ser reservado para o parto vaginal. Feito por agulha inserida na área vaginal ou perineal (enquanto a mãe se acha deitada de costas com as pernas afastadas), reduz a dor na região, mas não o incômodo uterino. É de grande utilidade quando se usa fórceps (para desprender a cabeça do bebê já visível no orifício vaginal) e seu efeito pode persistir durante a episiotomia e a reparação. É freqüentemente usado em conjunto com Demerol ou com tranqüilizante para o melhor alívio da dor com relativa segurança — mesmo quando não se dispõe de anestesista.

O bloqueio epidural (ou epidural lombar) se torna cada vez mais popular tanto para o parto vaginal e cesáreo, como também para o alívio das dores intensas do trabalho de parto. A principal justificativa para o seu uso está na relativa segurança (é necessária uma dose menor para se obter o efeito desejado) e na facilidade de administração. A droga (em geral a bupivacaína, a xilocaína e a cloroprocaína) é ministrada conforme as necessidades durante o trabalho de parto e o parto, através de sonda fina inserida por agulha nas costas (depois de um anestésico local adormecer a região), no espaço epidural entre a medula espinhal e a membrana externa que a envolve, com a mãe, geralmente, deitada de lado ou curvada sobre uma mesa para se apoiar. A medicação pode ser interrompida a tempo de permitir que a mãe tenha pleno controle sobre a expulsão do bebê e voltar a ser ministrada após o parto, durante a episiotomia. A pressão arterial é verificada com freqüência porque o procedimento pode causar hipotensão repentina. A administração intravenosa de líquidos, e possivelmente de medicação, é muitas vezes feita para combater essa reação. Em virtude do risco de hipotensão, a epidural em geral não é usada quando há alguma complicação hemorrágica — placenta prévia, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, ou sofrimento fetal. O monitoramento fetal contínuo é geralmente necessário, pois a epidural é às vezes associada à diminuição do batimento cardíaco do feto.

À medida que a epidural se torna mais popular, avultam mais e mais seus inconvenientes. Como é capaz de bloquear o impulso da mãe para os esforços expulsivos, a extração a fórceps ou a vácuo fica cada vez mais necessária para completar o parto quando se usa a epidural. Há indícios também de que nos primeiros trabalhos de parto a epidural possa aumentar a necessidade de cesariana. Portanto, embora a epidural seja um enfoque valioso para o alívio da dor no trabalho de parto, não deve ser usada rotineiramente.

O bloqueio espinhal (para a cesariana) e o espinhal baixo, ou em sela (para o parto vaginal com auxílio do fórceps), são feitos em dose única antes do parto. A mãe fica deitada de lado (com as costas curvadas, pescoço e joelhos fletidos) e o anestésico é injetado no líquido que circunda a medula espinhal. Pode haver náusea e vômito durante o efeito da droga, que dura de 1 hora a 1 hora e meia. À semelhança da epidural, há risco de declínio da pressão arterial. A elevação das pernas, a inclinação do útero para a esquerda, a administração intravenosa de líquidos e, por vezes, a medicação ajudam a prevenir ou a combater essa complicação. Depois do parto, as pacientes raquianestesiadas precisam habitual-

mente permanecer deitadas de costas durante cerca de oito horas, e algumas experimentam cefaléia pós-raquianestesia. De forma análoga à epidural, a raquianestesia (ou anestesia espinhal) não costuma ser empregada em caso de placenta prévia, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, ou sofrimento fetal.

O bloqueio caudal é semelhante ao epidural, exceto que elimina a sensibilidade de uma região mais limitada, requer maior dose para ser eficaz e mais habilidade por parte do anestesista. Também inibe o trabalho de parto. Em virtude desses riscos em potencial, é hoje usado com menos freqüência do que no passado.

Anestesia geral. Antigamente a mais popular para o alívio da dor durante o parto, a anestesia geral — em que a paciente adormece — é usada quase que exclusivamente para os partos cirúrgicos e às vezes para o desprendimento da cabeça em partos pélvicos. Dada a rapidez do seu efeito, costuma ser usada em cesarianas de emergência, quando não há tempo para administrar anestesia regional.

Os inalantes, como os usados para efeito analgésico, servem à indução da anestesia geral — muitas vezes em conjunto com outros agentes. O procedimento é conduzido por anestesista na sala de partos e/ou no centro cirúrgico. A **mãe permanece acordada** durante a preparação e inconsciente pelo tempo necessário ao término do parto (em geral, alguns minutos). Ao despertar, pode sentir-se tonta, desorientada e inquieta. Pode também apresentar tosse e dor de garganta (devido ao tubo endotraqueal), vômitos, com inatividade intestinal e vesical. Outro possível efeito colateral é o declínio da pressão arterial.

O problema de maior monta com a anestesia geral está em que, ao ser a mãe sedada, o feto também o é. A sedação fetal pode ser minimizada, contudo, pela administração da anestesia o mais próximo possível do parto real. Assim o feto poderá ser retirado antes de o anestésico o ter atingido em quantidades significativas. Ajudam também a levar oxigênio ao feto a administração de oxigênio à mãe e o emprego do decúbito lateral (deitada de lado, em geral o esquerdo).

O outro risco importante da anestesia geral é o do vômito e o da broncoaspiração (inalação) do que é vomitado, fenômeno capaz de causar complicações (como a pneumonia por broncoaspiração). É por isso que se proíbe a gestante de comer ou beber grande quantidade de líquidos ao entrar em trabalho de parto e se introduz pequena sonda até a garganta (pela boca) para prevenir a aspiração. Por vezes também se ministram à paciente antiácidos por via oral pouco antes do procedimento para neutralizar os ácidos do estômago em caso de broncoaspiração.

Hipnose. Apesar da imagem um tanto desgastada da hipnose em certos círculos, a hipnose, em mãos qualificadas, é forma legítima e clinicamente aceitável de alívio da dor. Nada há de misterioso a seu respeito. A sugestão e a força do pensamento sobre a matéria são recursos ensinados em todos os bons cursos preparatórios. Com a hipnose se consegue elevadíssimo grau de sugestionabilidade que (dependendo da suscetibilidade da pessoa e do tipo de hipnose empregada) é capaz de tanto relaxar e aquietar a mulher que chega a eliminar-lhe completamente a percepção da dor. Só um em cada quatro adultos é passível de hipnotização em certo grau. (Uma pequena porcentagem é capaz de passar por cesariana sem uso de qualquer medicação e sem sentir qualquer dor.)

O treinamento da gestante para a hipnose durante o parto deve ter início com uma antecipação de semanas ou meses, sob orientação de médico especializado

no assunto ou de profissional indicado por médico. A gestante pode lançar mão da auto-hipnose ou da hipnose induzida pelo profissional. Em ambos os casos, tenha cautela — a hipnose pode ser usada de forma errônea.

Outros métodos para o alívio da dor. Há diversas técnicas que visam reduzir a percepção da dor sem o uso de medicamentos e que às vezes são eficazes. São uma ótima opção para as mulheres em recuperação de adicção a drogas ou ao álcool e para as que não querem usar medicamentos por outros motivos.

ENET (Estimulação Neuroelétrica Transcutânea). São empregados elétrodos para estimular as vias nervosas para o útero e a cérvice. Supõe-se que essa estimulação interfira nos outros aportes sensitivos no trajeto das mesmas vias — a dor, por exemplo. A intensidade da estimulação é controlada pela paciente, permitindo-lhe aumentá-la durante uma contração e reduzi-la entre uma e outra. Cresce o seu uso em diversos hospitais norte-americanos.

Acupuntura. Há muito popular na China e às vezes empregada nos EUA, a acupuntura provavelmente funciona de acordo com o mesmo princípio da estimulação transcutânea. Mas a estimulação nesse caso é feita por agulhas inseridas e manipuladas através da pele.

Alteração dos fatores de risco de maior percepção da dor. Numerosos fatores, emocionais e físicos, podem interferir na percepção pela mulher da dor do parto. Alterá-los permite muitas vezes oferecer-lhe mais conforto durante o trabalho de parto (ver p. 341).

Fisioterapia. Massagem, calor, pressão ou contrapressão ministrados por fisioterapeuta ou pelo marido ou por uma amiga ou amigo muitas vezes diminuem a percepção da dor.

Distração. Qualquer coisa — ver TV, ouvir música, meditar, praticar exercícios respiratórios — que desvie o pensamento da dor pode diminuir-lhe a percepção.

PARA TOMAR A DECISÃO

Nunca as mulheres tiveram tantas opções no parto quanto hoje. E, com a exceção de certas situações de emergência, a decisão de fazer ou não fazer uso de medicamentos durante o trabalho de parto e o parto ficará em grande medida a cargo da própria gestante. Eis como tentar tomar a decisão mais correta, para você e para o seu bebê:

- Discutir a analgesia e a anestesia com o obstetra bem antes de começar o trabalho de parto. A habilidade e a experiência do profissional o tornam um aliado inestimável no processo de decisão. Bem antes de sentir as primeiras contrações, convém verificar quais os tipos de medicamento que ele ou ela gosta de usar com mais freqüência e quais os efeitos colaterais à mãe e à criança. Saiba também quando considera a medicação absolutamente necessária e quando acha que a opção deve caber à gestante.

- Admitir que, embora o parto seja uma experiência natural que muitas mulheres possam vivenciar sem medicação, não se há de supor que seja uma provação ou um teste de bravura, de força ou de resistência. A dor do parto é descrita como a mais intensa da experiência humana. A tecnologia médica tem dado às mulheres a opção do alívio desse sofrimento através de medicamentos. Não se trata apenas de uma opção aceitável: em certos casos é primeira opção.

- Ter em mente que a medicação durante o parto (qualquer medicação) acarreta riscos e benefícios: só deve ser

empregada quando os benefícios superam os riscos.

- Não minta para si mesma e nem seja dogmática antecipadamente. Embora esteja bem teorizar a respeito do que talvez seja o melhor para você sob certas circunstâncias, é impossível prever que espécie de trabalho de parto ou de parto você terá, como você vai reagir às contrações, e se você vai querer, precisar ou ser obrigada à medicação. Mesmo que tenha programado uma cesariana, você pode planejar só de forma tateante uma anestesia epidural; complicações de último minuto podem exigir anestesia geral.

- Se durante o trabalho de parto a gestante sentir necessidade de medicação, convém discutir com a enfermeira ou com o marido. Mas não convém insistir nela de imediato. Recomenda-se tentar suportar a dor durante 15 minutos mais ou menos, durante os quais a parturiente deve se esforçar para o melhor relaxamento, através das técnicas aprendidas, sendo confortada ao extremo pelo auxiliar (o marido). Descobre-se que às vezes se consegue controlar a dor ou que os progressos obtidos durante os 15 minutos fortalecem o ânimo para continuar sem ajuda por outros meios. Se no entanto a gestante perceber que, transcorrido aquele lapso de tempo, há necessidade de analgesia, convém solicitá-la — e não se sentir culpada. Naturalmente, se o médico achar que há necessidade imediata de medicação para a segurança da mãe ou do bebê, a espera não é recomendada.

- Lembre-se de que o seu bem-estar e o do bebê é a sua prioridade número um (assim como durante toda a gravidez), e não uma idéia preconcebida e idealizada do parto. Todas as decisões devem ser tomadas tendo-se em mente essa prioridade.

12

O Oitavo Mês

As Consultas

Depois da 32ª semana, o obstetra talvez resolva marcar a consulta a intervalos de duas semanas, para melhor acompanhar o estado da mãe e do bebê. Dependendo das necessidades da gestante e do estilo do médico, talvez passe a ser verificado o seguinte:[1]

- Peso e pressão arterial
- Urina, para determinação do açúcar e das proteínas
- Batimento cardíaco fetal
- Altura do fundo (região superior do útero no abdome)
- Tamanho (aproximado) e posição do feto, por palpação
- Exame dos pés e das mãos, em busca de edema (inchação), e das pernas, para identificação de varizes
- Sintomas vivenciados, sobretudo os pouco comuns
- Perguntas e problemas a discutir — o melhor é levar uma lista pronta

Os Sintomas Comuns

Ora a gestante experimenta todos os sintomas arrolados, ora só alguns deles. Alguns talvez tenham persistido desde o mês anterior, outros poderão ser de aparecimento recente ou de difícil percepção. É possível o surgimento ainda de outros, menos comuns.

Físicos:

- Atividade fetal acentuada e regular.

[1] Consultar o Apêndice para a explicação dos procedimentos e dos exames realizados.

- Aumento da secreção vaginal, branca-centa (leucorréia)
- Maior constipação
- Azia, indigestão, flatulência (gases), eructações (arrotos)
- Cefaléia ocasional, desmaios e tonteiras
- Congestão nasal e, por vezes, sangramento nasal; entupimento dos ouvidos
- Sangramento das gengivas
- Câibras nas pernas
- Dor lombar (lombalgia)
- Edema leve (inchação) dos pés e tornozelos, às vezes das mãos e do rosto
- Varizes
- Hemorróidas
- Coceira no abdome
- Falta de ar, mais acentuada à medida que o útero comprime os pulmões, o que melhora com a descida do bebê
- Sono difícil
- Aumento das contrações de Braxton Hicks
- Maior inépcia e deselegância ao andar
- Colostro, espontâneo ou à expressão, pelo bico dos seios (embora possa se manifestar apenas depois do parto — o colostro ainda não é leite)

EMOCIONAIS:

- Maior ansiedade pelo término da gravidez
- Apreensão quanto à saúde do bebê, ao trabalho de parto, ao próprio parto
- Aumento da desatenção, do esquecimento
- Excitação: agora falta pouco

O ASPECTO FÍSICO NO OITAVO MÊS

Ao fim do oitavo mês, o bebê tem aproximadamente 45 cm e pesa cerca de 2.500 gramas. O crescimento, sobretudo do encéfalo, é maior nesse período e o feto já pode ver e ouvir. Os sistemas, na grande maioria, estão bem desenvolvidos, mas os pulmões ainda são imaturos. Se o bebê nascer agora, são excelentes as suas chances de sobrevida.

AS PREOCUPAÇÕES COMUNS

FALTA DE AR

"Às vezes sinto dificuldade em respirar. Será que falta oxigênio para o bebê?"

A falta de ar não significa que a gestante e o bebê padeçam da falta de oxigênio. As modificações do sistema respiratório durante a gestação, na realidade, permitem um *maior* volume respiratório (volume corrente), cuja utilização se faz de forma mais eficaz. Além disso, as gestantes experimentam, na grande maioria, uma dificuldade respiratória de magnitude variável (algumas sente-na como necessidade consciente de respirar mais profundamente) — sobretudo no último trimestre, quando o útero em expansão comprime o diafragma e, por conseguinte, os pulmões. O alívio costuma advir quando se dá a insinuação (ao assentar-se o feto na região pélvica inferior, em geral duas a três semanas antes do parto na primeira gestação). Nesse interim, a gestante talvez respire melhor sentada com o tronco ereto e não com ele curvado, dormindo recostada (com amparo ao tronco) e evitando os esforços excessivos.

As mulheres que exibem uma barriga "baixa" durante a gravidez talvez nunca venham a sentir falta de ar, o que também é normal.

A falta de ar mais intensa, entretanto, e que se acompanha de respiração rápida, cianose dos lábios e da ponta dos dedos, de dor torácica e/ou de taquicardia (pulso rápido) não é normal e requer um telefonema imediato ao médico ou ida ao pronto-socorro.

PRESSÃO (DO BEBÊ) NAS COSTELAS

"É como se meu filho calcasse com força os pés nas minhas costelas — e dói bastante."

Nos últimos meses, quando o feto se sente à vontade em seu cubículo estreito, muitas vezes descobre um cantinho para enfiar os pés — entre as costelas da mãe —, uma sensação que não é nada agradável. Talvez se você mudar de posição possa convencê-lo a fazer o mesmo. Alguns exercícios tipo "Corcova de Dromedário" (p. 228) poderão fazê-lo mudar de posição. Ou tente respirar profundamente ao elevar um braço sobre a cabeça; então exale ao abaixar o braço; repita algumas vezes à manobra com cada braço.

Se nenhuma dessas táticas funcionar, aguarde. Quando a sua "dorzinha-nas-costelas" se insinuar, ou se encaixar na pelve, o que costuma ocorrer duas a três semanas antes do parto nas primeiras gestações (embora não até começar o trabalho de parto nas subseqüentes), é bem provável que ele ou ela não consiga colocar mais os dedinhos tão alto.

INCONTINÊNCIA POR ESTRESSE

"Comecei a eliminar urina sem fazer força. Está alguma coisa errada?"

No último trimestre, algumas mulheres apresentam esse sintoma, em geral quando riem, tossem ou espirram. Trata-se da incontinência urinária por estresse e decorre da grande pressão uteri-

na sobre a bexiga. Os exercícios de Kegel (ver p. 225) ajudam a reforçar a musculatura pélvica e podem aliviar o problema. Ajudam também a prevenir a incontinência pós-parto.

O GANHO DE PESO E O TAMANHO DO BEBÊ

"Fiquei tão gorda que receio pelo tamanho do bebê e pela dificuldade na hora do parto."

O ganho excessivo de peso não necessariamente terá sido partilhado pelo feto. O ganho de 15 a 20 quilos pode significar um recém-nascido de 2.500 a 3.500 g, ou até mesmo menor, caso o peso tenha sido ganho em sua maior parte através de alimentação inadequada. Em média, contudo, quanto maior o ganho ponderal, maior o bebê. O peso do bebê ao nascer pode também sofrer influência do próprio peso da gestante ao nascer (as que nasceram grandes tendem a gerar filhos grandes) e do peso pré-gestacional (em geral, mulheres mais obesas dão à luz filhos mais gordinhos). Ao palpar o abdome e medir a altura do fundo (do alto do útero), o obstetra será capaz de dar uma idéia do tamanho do bebê, embora só no "olhômetro" o erro possa chegar a um quilo. A sonografia é mais precisa, embora também possa falhar.

Mesmo quando o bebê é grande, não quer dizer automaticamente que o parto venha a ser difícil. Embora um bebê de 3.000 g muitas vezes nasça com mais facilidade que um de 4.000 g, muitas mulheres são capazes de dar à luz filhos maiores por parto vaginal e sem complicações. O fator determinante, como em qualquer parto, é a proporção entre a pelve da mãe e a cabeça do bebê (sua parte maior). Há algum tempo, o exame radiológico era usado rotineiramente para determinar se havia desproporção entre a cabeça do concepto e a pelve (desproporção cefalopélvica). Mas a experiência clínica e as pesquisas demonstraram que o exame radiológico não é um indicador preciso do problema, em parte porque não prediz o quanto a cabeça fetal se amoldará ao canal do parto. Embora o risco do exame seja pequeno, só raramente é recomendado, quando os benefícios se sobrepõem aos riscos.

Hoje, quando há alguma suspeita de desproporção cefalopélvica (às vezes chamada de desproporção fetopélvica), o comum é o médico permitir que a parturiente entre em trabalho de parto normalmente. Nesse caso, o trabalho de parto prossegue com acompanhamento diligente, e se a cabeça fetal descer e a cérvice se dilatar em ritmo normal, permite-se que o trabalho de parto continue. Se o trabalho não progredir, é possível tentar uma intervenção com ocitocina. Mas se não houver qualquer progresso, costuma-se optar pela cesariana.

A SILHUETA DA BARRIGA: MUITAS VARIAÇÕES

"Todos me dizem que estou com uma barriga muito pequena e baixa para o oitavo mês. Será que o bebê não está crescendo direito?"

Seria boa idéia usar tampões nos ouvidos e viseiras durante toda a gestação, como parte do guarda-roupa de toda gestante. Seu uso durante os nove meses evitaria a preocupação gerada pelo equivocado comentário de parentes, amigas — mesmo estranhas — e também as comparações invejosas da própria barriga com a de outras gestantes, maiores, menores, mais baixas ou mais altas.

Da mesma forma que duas mulheres antes da gestação não apresentam precisamente proporções idênticas, a silhueta de duas gestantes nunca é igual. A

configuração do ventre, em tamanho e em forma, depende da alta ou da baixa estatura, da magreza ou da obesidade, da delicadeza ou do vigor. É dificilmente indica o tamanho do bebê. A mulher delicada, baixa e pequena pode dar à luz filho maior que o de uma de ossos mais longos, de porte mais alto e largo.

A única avaliação precisa da evolução e do bem-estar do bebê quase sempre só pode ser feita pelo obstetra. Fora de seu consultório, convém não dar nenhuma atenção ao que se ouve ou ao que se vê — e menores serão as chances de preocupação neste sentido.

APRESENTAÇÃO E POSIÇÃO DO BEBÊ

"Meu médico diz que o bebê está na posição pélvica (nádegas). De que modo isso interfere no trabalho de parto e no parto?"

Nunca é cedo demais para a gestante preparar-se para a possibilidade de parto pélvico, embora seja muito cedo para a essa altura resignar-se com ele. Os bebês, na grande maioria, se colocam com a cabeça para baixo entre a 32ª e a 34ª semana. Alguns, contudo, deixam pais e médicos apreensivos até uns poucos dias antes do parto.

Há parteiras habilitadas que recomendam a prática de exercícios nas últimas oito semanas voltados para o reposicionamento do bebê que se apresenta de nádegas. Não há comprovação clínica de que tais exercícios funcionem, mas também não há indicação de que sejam prejudiciais.

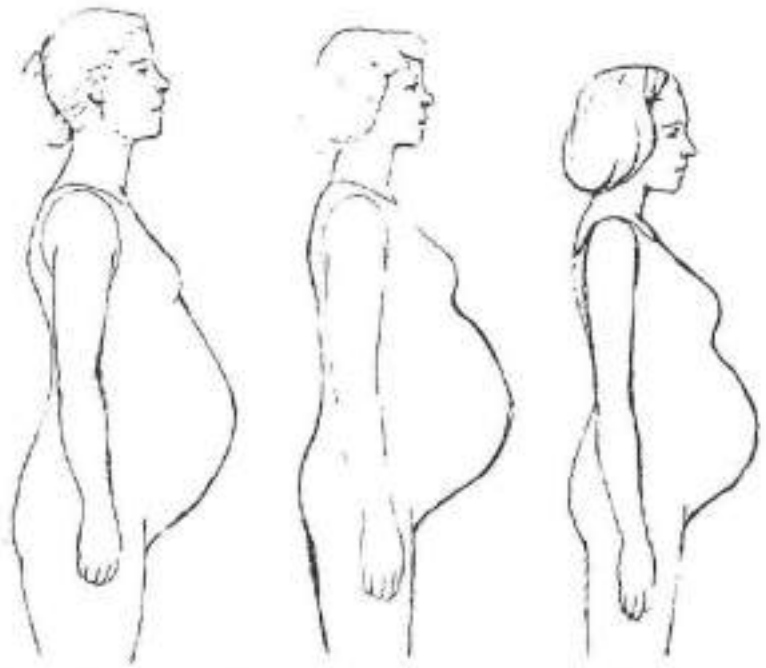
Quando o concepto ainda se acha na posição pélvica perto do fim da gestação, pode-se tentar a versão cefálica externa: o médico, colocando as mãos no abdome da mãe, com o auxílio da ultrasonografia e com muita delicadeza, tenta inverter a polaridade do feto. A condição fetal é constantemente monitorizada para que o cordão umbilical não seja, por acidente, comprimido, ou para que a placenta não sofra qualquer problema. É melhor realizar o procedimento antes do trabalho de parto ou bem no seu início, quando o útero ainda está relativamente relaxado. Depois da inversão, a maioria dos fetos continuam com a cabeça para baixo, mas alguns tornam à posição anterior (pélvica).

Quando favorável (em mais da metade dos casos), a versão externa reduz a probabilidade do parto cesáreo. Por isso popularizou-se, e são muitos os médicos que a empregam, pelo menos ocasionalmente. Alguns hesitam em usá-la por causa da possibilidade de complicações. Só deve tentar realizá-la o médico com experiência na manobra — e que esteja preparado para fazer uma cesariana de emergência caso surja algum problema.

A posição pélvica ou de nádegas é mais comum quando o feto é menor do que a média e não se encontra adequadamente alojado no útero, quando o útero tem forma peculiar, quando há excesso de líquido amniótico, quando há mais de um feto, e em mulheres que já tiveram filhos (multíparas) nas quais o útero se encontra mais relaxado. Se o seu bebê, leitora, estiver entre os 3% ou 4% que se encontram nessa posição ao termo da gestação, convém discutir com o obstetra as diversas opções para o parto (as parteiras não costumam fazê-lo). É possível o parto vaginal normal, embora, dependendo das várias condições, talvez seja necessário o parto cirúrgico. (O que *não* é o fim do mundo, e eventualidade para a qual todas as gestantes devem estar preparadas. Ver p. 350.)

Parecem fracas as provas científicas que indicam, no caso da apresentação pélvica, o parto vaginal ou o cesáreo. Nesses casos, acredita-se que o parto vaginal seja perfeitamente seguro até em metade das situações, mas *apenas* se o

A Silhueta da Barriga no Oitavo Mês



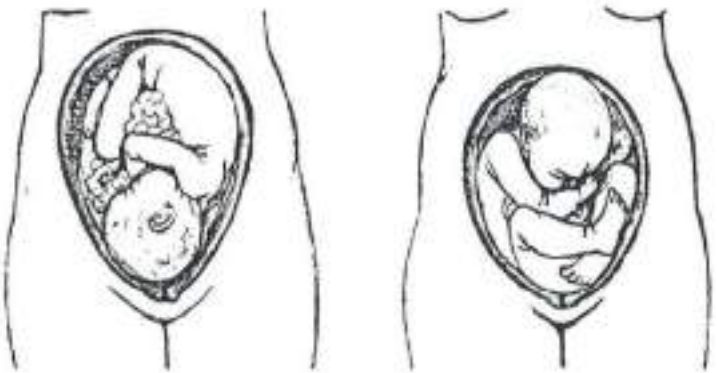
São mostradas apenas três silhuetas diferentes da barriga por volta do fim do oitavo mês. Dependendo do tamanho e da posição do bebê, do tamanho e do peso da gestante, a barriga pode ser mais alta, mais baixa, maior, menor, mais larga ou mais compacta.

médico tiver experiência na sua execução. Há pesquisas que demonstram que nem sempre o possível risco decorra do parto em si, mas da causa da posição pélvica: a prematuridade ou o baixo peso do bebê, por exemplo, ou quando há múltiplos fetos, ou ainda quando há problema congênito.

Alguns médicos rotineiramente adotam a cesariana na apresentação de nádegas, acreditando ser a via mais segura a seguir para o bebê (em países onde o risco de processo por imperícia ou imprudência é maior — EUA, por exemplo — pode também ser a melhor conduta para os próprios médicos: evitam a possibilidade de lesão do nascituro decorrente de parto vaginal). Outros, persuadidos pela própria experiência ou pela de outros, que atestam a segurança do parto vaginal nesses casos, permitem a prova de trabalho de parto nas seguintes condições:

- O bebê se encontra em apresentação pélvica incompleta (modo de nádegas, pernas estendidas sobre o tronco, até o rosto do bebê).
- O bebê é comprovadamente pequeno (com menos de 4.000 g) para facilitar a passagem, mas não tão pequeno

A Posição do Bebê



VÉRTICE NÁDEGAS

Cerca de 96 em cada 100 bebês se apresentam primeiro de cabeça (de vértice — apresentação cefálica). Os restantes se encontram numa das posições pélvicas (de nádegas — apresentação pélvica). Aqui ilustramos a apresentação pélvica completa. Quando as pernas do bebê se apresentam na pélvica, estendendo-se junto à cabeça, tem-se o parto mais fácil dentre essas modalidades.

(menos de 2.500 g) a ponto de colocar o parto vaginal em risco. Em geral, os partos em que se dá apresentação pélvica e os bebês têm menos de 36 semanas de gestação são realizados por cesariana.

- Não há evidência de placenta prévia, de prolapso do cordão umbilical, ou de sofrimento fetal que possa ser facilmente remediado.

- A mãe não tem problema pélvico ou obstétrico que pudesse complicar o parto vaginal; a pelve parece apresentar tamanho apropriado; e não há história de prévios partos difíceis ou traumáticos. Alguns médicos exigem que a mãe tenha menos de 35 anos.

- O segmento fetal de apresentação está insinuado (desceu à pelve) ao iniciar o trabalho de parto.

- A cabeça fetal não se encontra hiperestendida: o queixo se volta em direção ao tórax.

- Tudo (e todo mundo) está preparado para um parto cirúrgico de emergência caso este se torne repentinamente necessário.

Quando vai se tentar um parto vaginal, o trabalho de parto é monitorizado com minúcia numa sala de parto equipada cirurgicamente. Se tudo corre bem, o parto prossegue. Se a cérvice se dilatar muito vagarosamente ou se surgir algum outro problema, o médico e a equipe cirúrgica estão prontos para realizar uma cesariana em questão de minutos. A monitorização fetal eletrônica contínua é absolutamente essencial. Às vezes, adota-se a anestesia epidural (ver p. 268) para evitar que a mãe expulse

com muita força antes da plena dilatação (que pode causar compressão do cordão entre o bebê e a pelve). Ocasionalmente, a conduta é a anestesia geral (materna) quando o bebê está a meio caminho, para permitir a rápida conclusão do parto pelo médico. O fórceps pode ser usado para manter a cabeça devidamente fletida e para ajudar a livrá-la sem tracionar muito o corpo ou o pescoço. É rotina muitas vezes uma ampla episiotomia para facilitar o processo.

Às vezes, quando se programa a cesariana, o trabalho de parto evolui tão rapidamente que as nádegas do bebê deslizam para a pelve antes de iniciada a cirurgia. Nesse caso, a maioria dos médicos tenta o parto vaginal e não uma cesariana apressada e difícil.

"Como saber se o bebê está na posição correta para o parto?"

Descobrir onde estão os ombros, os cotovelos e as nádegas pode ser mais divertido do que ver TV, mas não é a forma mais exata de saber a posição do bebê. O médico provavelmente poderá ter melhor idéia do que a gestante, ao palpar-lhe o abdome com a palma das mãos treinadas, das partes identificáveis do bebê. As costas do feto, por exemplo, costumam ser convexas, lisas, em oposição a um monte de pequenas irregularidades das partes pequenas — mãos, pés, cotovelos. No oitavo mês, a cabeça costuma se alojar junto à pelve; é arredondada, firme e, quando empurrada para baixo, oscila para trás sem mover o restante do corpo. As nádegas são de forma menos regular, mais moles, do que a cabeça. A localização do batimento cardíaco do bebê é outro indício de sua posição — quando a apresentação é primeiramente cefálica, o batimento cardíaco costuma ser ouvido na metade inferior do abdome; será mais intenso se o bebê estiver com as costas voltadas para a frente da mãe. Em caso de dúvida em relação à posição, a sonografia permite o esclarecimento.

SUA SEGURANÇA DURANTE O PARTO

"Sei que a ciência médica quase que eliminou todos os riscos vinculados ao parto, mas ainda tenho medo de morrer."

Houve um tempo em que as mamães arriscavam a vida para ter os filhos. Em algumas regiões do mundo, ainda a arriscam. Nos Estados Unidos, atualmente, o risco de vida materno durante o trabalho de parto e o parto é praticamente inexistente. Menos de 1 em 10.000 mulheres morre durante o parto. Esse número não inclui apenas as gestantes com cardiopatias crônicas e outras enfermidades graves, mas aquelas que têm o parto em barracos em lugarejos remotos e em condições precárias, sem assistência médica.

Em suma, mesmo quando a gestação é de alto risco — e certamente quando não o é —, as chances de sobrevida são bem melhores do que durante uma ida de carro ao supermercado, ou um passeio por uma rua movimentada.

A ADEQUAÇÃO FÍSICA PARA O PARTO

"Tenho um metro e meio de altura, sou muito miúda. Receio ter problemas em dar à luz um filho."

Felizmente, ao chegar a hora do parto, o que conta é o que está dentro, não o que está fora. O tamanho e a forma da bacia em relação ao tamanho da cabeça do bebê são os fatores que determinam o grau de dificuldade do parto. E nem sempre se pode inferir esses ele-

mentos pélvicos pelo seu aspecto exterior. Uma mulher baixa e magra poderá ter pelve mais espaçosa que uma outra alta e entroncada. O obstetra poderá fazer uma estimativa precisa do tamanho da bacia — em geral através de medidas feitas à primeira consulta do pré-natal. Em caso de dúvida sobre a adequação da bacia ao tamanho do bebê, durante o trabalho de parto, poderá ser feita uma sonografia.

Naturalmente, em geral, o tamanho global da pelve, assim como de todas as estruturas ósseas, é menor em pessoas de menor estatura. As orientais, por exemplo, costumam ter bacia menor do que as nórdicas. Felizmente, a natureza, na sua sabedoria, dificilmente confere às orientais um bebê do tamanho do das nórdicas — mesmo quando o pai é um atleta de 1,90 m. Em contrapartida, o que acontece é serem quase todos os bebês perfeitamente harmonizados ao tamanho da pelve materna.

O TRABALHO DE PARTO E O PARTO NA GRAVIDEZ GEMELAR

"Estou esperando gêmeos. Será que o parto vai ser diferente dos outros?"

As diferenças poderão não ser muitas. Muitos são os partos de gêmeos que se fazem por via vaginal e sem complicações.[1]

No entanto, há possibilidade de certas complicações. Em geral os problemas não surgem na primeira fase do trabalho, que costuma em média ser mais abreviado do que na gestação única. (Embora a fase ativa e a expulsiva sejam mais prolongadas, o tempo total da primeira contração ao parto costuma ser mais abreviado.) O parto pode ser feito normalmente, às vezes com emprego de fórceps para evitar o trauma excessivo dos bebês. Mas recomenda-se que um anestesista fique a postos em caso de ser necessário o parto cirúrgico. Também de prontidão costuma ficar um pediatra ou neonatologista, para que entrem logo em ação com os gêmeos se necessário. Muitas vezes o parto é feito com monitorização fetal (dos dois bebês).

Os gêmeos muitas vezes causam problemas inesperados. Estes podem começar durante o parto. Como há mais de um bebê, e mais de um conjunto só de circunstâncias, o parto de um poderá ser diferente do do outro. Pode acontecer de um nascer por via vaginal e o outro por via transabdominal, por exemplo. Às vezes o saco amniótico de um se rompe espontaneamente e o do outro não.

Em geral, o segundo nasce 20 minutos depois do irmão. O médico, para auxiliar no parto do segundo, poderá usar ocitocina ou fórceps ou inclusive realizar uma cesariana. Depois de nascidos, a placenta ou as placentas costumam se desprender rapidamente. Às vezes, porém, o delivramento é lento e requer o auxílio do médico.

UM BANCO DE SANGUE PRÓPRIO

"Estou preocupada com a possibilidade de precisar de uma transfusão durante o parto e de receber sangue contaminado. Posso estocar meu próprio sangue antes do parto?"

Em primeiro lugar, é muito pequena a possibilidade de você precisar de transfusão de sangue. Só 1% dos partos vaginais e 2% das cesarianas requerem uma. A mulher, caracteristicamente, perde de 1 a 2 xícaras de sangue (250 a 500 ml) durante o parto vaginal e de 2 a 4

[1] Quanto maior o número de fetos, porém, maior a probabilidade de parto cirúrgico.

xícaras durante uma cesariana. Essa perda não representa problema, já que o volume de sangue durante a gravidez cresce em 40% a 50%. Em segundo lugar, o risco de contrair AIDS ou de contrair hepatite B ou C (as doenças mais habitualmente transmitidas pela transfusão de sangue nos EUA) é muito baixo (estima-se que 1 em 40.000 ou 1 em 250.000), já que lá todo o sangue doado é testado por testes muito precisos (embora não sejam perfeitos). Em terceiro lugar, como as instalações para a doação de sangue autólogo (da própria pessoa) são limitadas e a prioridade é oferecida às que vão sofrer cirurgia de alto risco, as parturientes podem até nem ser aceitas para esse tipo de doação.

Mas se você tiver motivos para achar que esteja em alto risco de perda sangüínea durante o parto, porque o seu sangue não coagula normalmente, por causa de parto cesáreo, ou por alguma outra razão, fale com o médico sobre a possibilidade da doação de sangue autólogo. (Doar sangue no fim da gravidez poderia ser um problema por causa da redução excessiva da volemia ou por possível desenvolvimento de anemia.) Outra possibilidade é contar com um parente ou amigo com sangue compatível para que faça uma doação dirigida (a uma pessoa específica) pouco antes do parto ou para que fique de prontidão por ocasião do parto caso a doação seja necessária. Nem todo hospital está equipado para (ou disposto a) essa espécie de doação. Mais ainda: a equipe pode ressaltar que o risco de contrair AIDS por transfusão não é menor quando a doação é de um amigo ou de um membro da família do que quando é do banco de sangue autorizado.

A CESARIANA

"O médico me disse que vou fazer cesariana. Mas acho que a cirurgia é perigosa."

Embora o adágio popular afirme que o nome "cesariana" se deva ao parto de Júlio César por via abdominal, essa hipótese é praticamente impossível. O imperador romano poderia ter sobrevivido a uma operação dessa espécie, mas sua mãe não — e sabe-se que a mãe de Júlio César viveu por muitos anos depois de seu nascimento.

Atualmente, contudo, as cesarianas são quase tão seguras quanto os partos vaginais para a mãe, e nos partos difíceis ou quando há sofrimento fetal não raro são a rota mais segura para o bebê. Embora do ponto de vista técnico seja considerada grande cirurgia, os riscos que lhe são inerentes são bem pequenos — mais próximos dos existentes numa tonsilectomia (operação de amígdalas) do que os vinculados à cirurgia de vesícula biliar, por exemplo.

Conhecendo tudo o que for possível a respeito do parto cirúrgico antes da data prevista — através do obstetra, das aulas de pré-natal (o ideal são aulas sobre cesariana) e das leituras —, a gestante se verá mais preparada e afastará mais facilmente os receios.

"O médico diz que preciso da cesariana. Talvez a cirurgia seja perigosa para o bebê."

Em caso de parto cirúrgico, as chances do bebê serão no mínimo seguras, ou até mais seguras, do que se se fizesse parto vaginal. Todos os anos milhares de bebês que talvez não sobrevivessem à perigosa jornada pelo canal do parto (ou que talvez sobrevivessem com seqüelas) são removidos do abdome materno em perfeitas condições, incólumes.

Embora se especule sobre possíveis prejuízos para o bebê, não há evidências comprobatórias dessa possibilidade. Naturalmente uma maior proporção de bebês assim nascidos apresenta problemas clínicos, mas quase sempre em decorrência do sofrimento anterior que determinou a cirurgia, e não em decorrência da

cirurgia em si. Muitos nem teriam nascido vivos se tivessem dependido de parto natural.

Em grande medida, os bebês que nascem através do parto cirúrgico não diferem dos vindos ao mundo por parto vaginal — não obstante levem ligeira vantagem sobre os últimos em termos de aspecto inicial. Por não terem de acomodar-se aos estreitos confins da bacia, costumam apresentar conformação da cabeça de melhor aspecto — arredondada e não pontuda.

Os índices de Apgar (a escala que permite avaliar as condições do lactente ao nascer) são comparáveis entre os bebês nascidos por ambas as modalidades de parto. Os nascidos por cesariana apresentam ligeira desvantagem: o excesso de muco existente nas suas vias respiratórias não é expelido como no parto natural, embora possa ser facilmente aspirado depois do parto. São raríssimas as lesões graves sofridas pelo bebê durante o parto cirúrgico — muito mais raras do que durante o parto vaginal.

A lesão mais provável a ser sofrida pelo bebê durante o parto cirúrgico é de natureza psicológica — não por causa do parto em si, mas por causa da atitude da mãe para com ele. Por vezes a mãe submetida a cesariana ressente-se subconscientemente do bebê que ela sente como a tendo privado de seu momento mais sublime e fez recair sobre o seu corpo tal sofrimento.[1] Poderá permitir que o ciúme sentido para com outras que tiveram parto vaginal e a culpa por sua "falha" interfiram no estabelecimento de uma boa relação com o bebê. Ou talvez incorretamente imagine que o bebê assim nascido seja extraordinariamente frágil (poucos o são) e se torne superprotetora. Desenvolvendo-se tais sentimentos, cumpre à mãe combatê-los e enfrentá-los, além de, se necessário, recorrer a auxílio profissional para resolvê-los.

Muitas vezes, porém, as atitudes destrutivas podem ser evitadas desde o princípio. Primeiro, reconhecendo que a modalidade de parto de forma alguma vai se refletir na mãe ou na criança; uma mulher não é menos mãe e seu bebê não é menos o fruto de seu ventre quando ocorre cesariana e não o parto normal. Segundo, assegurando a oportunidade de relacionamento com o bebê no momento mais precoce possível. Bem antes de entrar em trabalho de parto, deixar o obstetra saber que, em caso de cesariana, você gostaria de segurar ou de amamentar o bebê já na mesa cirúrgica, ou, se isso não for possível, no pós-operatório imediato (no quarto de pós-operatório). Se a leitora esperar até o dia do parto para falar de suas intenções, talvez não tenha forças ou oportunidade para concretizá-las. O planejamento antecipado também lhe dá a oportunidade de questionar os regulamentos hospitalares — os exigidos por todos os partos cirúrgicos, por exemplo, mesmo os mais recomendáveis —, conseguindo com que a deixem passar o maior tempo possível na unidade de tratamento intensivo neonatal. Os argumentos racionais, sem histeria, são mais capazes de provocar uma mudança ou exceção nos regulamentos.

Se, não obstante as boas intenções, a leitora se vir muito enfraquecida para participar de qualquer relacionamento afetivo com o bebê — a situação de muitas, quer com parto vaginal, quer com cesariana — ou se o bebê precisar ficar na unidade de tratamento intensivo por algum tempo, não há por que entrar em pânico. Não há provas, apesar do estardalhaço feito no passado, de que o vínculo afetivo *precisa* ser firmado imediatamente após o nascimento (ver p. 428).

[1] As mulheres que têm parto vaginal podem experimentar ressentimento semelhante, quase sempre temporário, por causa das dores do parto.

"Gostaria muito de ter um parto natural, mas parece que atualmente todas vão para a cesariana e fico aterrorizada de ter de ser uma dessas."

Nem "todas" precisam da cesariana atualmente — embora muito mais mulheres dela necessitem do que antes. No começo dos anos 60, a probabilidade de uma de nós ser submetida a parto cirúrgico era de 1 contra 20. Hoje já é de aproximadamente 1 contra 4 (mais em alguns hospitais menos em outros), e no caso das gestações de alto risco, 1 contra 3.

Por que esse aumento substancial? Muitos apontam o dedo acusador para a comunidade médica: ao obstetra esporádico que prefere marcar com antecipação a cesariana no consultório a ser acordado às três horas da madrugada, ou àquele que, ao menor pretexto (obstétrico), vê a chance de aumentar os honorários. (O pagamento pelos seguros-saúde atenua a culpa). E ao médico que faz a cesárea ao menor sinal de problemas durante o parto vaginal, por receio de incorrer em imperícia médica, por receio de processo judicial. (Nos Estados Unidos tais processos, na maioria, são impetrados por *não* ter o médico feito o parto cirúrgico — e pelo conseqüente resultado desastroso —, nunca por tê-lo feito.) Cumpre acrescentar os que se decidem pela cesariana ao menor sinal de anormalidade à monitorização fetal (sem tornar a verificar se o problema não estaria no monitor, em vez de estar no próprio bebê). Sob esse prisma, a causa do aumento do número de cesarianas parece residir na conduta do mau profissional.

Todavia, o principal motivo para esse aumento não é esse: está na conduta dos *bons* profissionais: a cesariana salva a vida dos bebês que não podem ser trazidos ao mundo com segurança pela via vaginal. Os obstetras, na grande maioria, fazem o parto cirúrgico não por conveniência, ou por mais dinheiro, ou por temerem processos judiciais, mas por acreditarem que em determinadas circunstâncias essa é a melhor conduta, por vezes a única forma de proteger o bebê ao qual têm de dar assistência obstétrica.

Diversas alterações na prática obstétrica também contribuíram para o crescimento no número de cesarianas. Em primeiro lugar, o parto a fórceps médio (ver p. 328) é empregado menos freqüentemente do que no passado por causa da dúvida quanto à segurança de se atingir o canal vaginal com um instrumento metálico para extrair um feto recalcitrante pela cabeça.[4] Em segundo lugar, o parto cesáreo tornou-se opção extremamente rápida e segura — e na maioria dos casos a mãe pode estar acordada para ver o bebê nascer. Em terceiro, o monitor fetal, e uma ampla variedade de provas, pode com mais acuidade (embora não de forma infalível) indicar quando o feto está com dificuldade e precisa ser livrado às pressas. Em quarto, a atual tendência entre as mães expectantes a um ganho ponderal acima do recomendado (mais de 15 quilos) levou a maior número de bebês grandes, cujo parto vaginal é por vezes mais difícil. Em seguida há a tendência para a obstetrícia não-interventiva — deixando-se a natureza seguir o seu curso, sem apressá-la pelo rompimento das membranas, pelo uso de ocitocina, ou por meio do fórceps — com o resultado de que o trabalho de parto tem mais chance de ser interrompido. Além disso, há um maior número de mulheres com problemas médicos crônicos que são capazes de gestação normal mas que requerem o parto cesáreo. Por fim, um fator importante, e hoje re-

[4] Que o índice de parto a fórceps médio e de cesarianas tem relação está claro pela comparação dos índices de cada um nos EUA (em que os índices de cesariana são elevados e os de fórceps médio são baixos) e na Grã-Bretanha (em que se dá a relação inversa).

conhecidamente desnecessário na maioria das vezes, é a cesariana repetida.

Apesar das muitas razões legítimas para a cesariana, há um consenso na comunidade médica de que um número significativo de cesarianas desnecessárias são hoje realizadas. Para reverter essa tendência, muitas seguradoras, muitos hospitais, grupos médicos e outras pessoas e agências estão exigindo ou estimulando uma segunda opinião, quando possível, antes da realização da cesariana; uma prova de trabalho de parto em todas as mulheres já cesariadas para ver se podem ter parto vaginal (ver p. 53); melhor treinamento dos médicos na interpretação da leitura do monitor fetal, para que a cirurgia não seja realizada desnecessariamente; parto vaginal em muitas apresentações pélvicas; mais paciência com o trabalho de parto lento e durante a fase expulsiva, presumindo que mãe e bebê estejam passando bem, antes de se recorrer à cirurgia; uso criterioso da ocitocina para fazer com que o trabalho de parto interrompido prossiga; e o emprego de ampla variedade de técnicas mais confiáveis de avaliação fetal (amostragem de sangue no couro cabeludo fetal, perfil biofísico, estimulação acústica) para confirmar o sofrimento fetal que se suspeite pela leitura do monitor fetal. Alguns hospitais agora enviam um fax de traçados ambíguos da monitorização fetal para consultores para que se tenha uma imediata opinião especializada sobre a condição do feto. Outros constataram que um sistema de revisão de pares reduz enormemente o índice de cesarianas — o sistema envolve a avaliação minuciosa, caso a caso, de todas as primeiras cesarianas, e os médicos responsáveis por operação desnecessária enfrentam ação disciplinar. Também se concorda em geral que o melhor treinamento dos residentes no parto vaginal depois de uma cesariana, na versão cefálica externa e no parto vaginal em apresentação pélvica ajudará a reduzir o número total de cesarianas realizadas. Mas no caso de parto vaginal pós-cesárea, os médicos precisarão contar com a cooperação das mães também. Algumas mulheres que sofreram uma ou mais cesarianas se recusam a entrar em trabalho de parto novamente — seja por sua preocupação com os riscos do parto vaginal, seja porque não querem enfrentar outro trabalho de parto longo e difícil.

A maioria das mulheres não sabe se vai ou não precisar de cesariana até entrar em trabalho de parto. Há, entretanto, diversas indicações antecipadas que apontam para essa possibilidade:

- Desproporção cefalopélvica (quando a cabeça do feto é muito grande para atravessar a pelve materna; ver p. 240), sugerida quer pelo tamanho do bebê ao exame sonográfico, quer por parto anterior difícil.
- Enfermidade ou anormalidade fetal que tornem o trabalho de parto e o parto pélvico procedimentos de risco inaceitável ou traumáticos.
- Cesariana prévia (ver p. 52), se razão para ela ainda existir (doença materna ou pelve anormal, por exemplo) ou quando foi feita incisão uterina vertical.
- Hipertensão materna (p. 375) ou doença renal materna, porque a mãe pode não tolerar o estresse do trabalho de parto.
- Apresentação fetal incomum, como a pélvica (de nádegas ou podálica) ou transversa (de espádua), que possa tornar o parto vaginal difícil ou impossível (ver p. 276).

A cesariana pode ser programada antes do trabalho de parto começar por vários motivos, entre eles:

Cesariana: Questões a Serem Discutidas com o Obstetra

- Existirão outras opções antes de se recorrer à cesariana (salvo em situação de emergência)? Por exemplo, ocitocina para estimular as contrações, ficar de cócoras para tornar as contrações mais eficazes?
- Se a razão para a cesariana é apresentação pélvica, não se deve tentar virar o bebê no útero primeiro (versão cefálica externa)?
- Quais os tipos de anestesia que se podem empregar? A anestesia geral, em que a gestante adormece, costuma ser necessária quando o tempo é essencial, mas a raquianestesia ou a epidural permitem à gestante assistir ao parto durante a cesariana eletiva (não-emergencial). (Ver Tudo Sobre Medicação Durante o Parto, p. 265.)
- O médico vai usar ou usa rotineiramente a incisão transversa baixa no útero sempre que possível, para que se possa tentar parto vaginal no futuro? Talvez você também queira saber, por razões estéticas, se a incisão abdominal (que não está relacionada à do útero) costuma também ser baixa).
- O marido poderá estar presente durante a cirurgia? Mesmo se você estiver anestesiada?
- Pode alguém mais a acompanhar também?
- O casal poderá segurar o bebê logo após o parto (se você estiver desperta e tudo correr bem)? Será possível amamentar no pós-operatório? O marido poderá segurar o bebê se for usada anestesia geral?
- Se o bebê não necessitar de atendimento especial, poderá ficar com você em alojamento conjunto? O marido pode ficar à noite para ajudar?
- Depois da cesariana (se não houver complicações), quanto tempo você terá de ficar no hospital? Quais os incômodos e as limitações físicas que se pode esperar?
- Se o monitor fetal sugerir que o bebê talvez esteja com problema, serão usados outros testes (amostragem de sangue no couro cabeludo fetal, ou avaliação da reação fetal ao som ou à pressão; ver p. 304) para verificar a leitura do monitor antes de se optar pela cesariana? Será possível obter uma segunda opinião?

- Diabetes materno, nos casos em que o parto pré-termo é considerado necessário e descobre-se que a cérvice não está madura o suficiente para a indução do trabalho de parto.
- Herpes materno em atividade (p. 65) presente antes de iniciar o trabalho de parto, para prevenir a infecção no feto durante o parto vaginal.
- Placenta prévia (quando a placenta bloqueia parcial ou completamente a abertura cervical) evitando que aconteça o trabalho de parto, o que pode causar hemorragia se a placenta se descolar prematuramente (ver p. 401)
- Descolamento prematuro de placenta (p. 403), quando há extensa separação da placenta da parede uterina e o feto está em perigo.

Os Hospitais e o Número de Cesarianas

Os coeficientes de cesarianas variam de um hospital para outro. Muitos centros médicos importantes exibem elevados coeficientes por fazerem muitos partos de alto risco. Mas alguns pequenos hospitais comunitários também exibem índices elevados por não disporem de equipe a toda hora para fazer partos de emergência; se houver alguma dúvida de que o parto vaginal talvez não evolua, são chamados o anestesista e outros médicos para a cirurgia e faz-se a cesariana antes de sobrevir a situação de emergência. Os hospitais maiores podem adotar a "conduta expectante" (de espera). Discuta o índice de cesarianas no seu hospital com o médico e pergunte se há algum protocolo especial que desestimule as cesarianas desnecessárias.

As cesarianas podem também ser programadas antes do trabalho de parto quando o parto imediato é necessário e não há tempo para induzir o trabalho de parto ou acredita-se que a mãe e/ou o bebê serão incapazes de tolerar o estresse. Qualquer uma das seguintes situações pode exigir esse parto:

- Pré-eclâmpsia ou eclâmpsia (p. 396) que não responda ao tratamento.
- Pós-maturidade fetal (duas semanas ou mais além do termo; ver p. 302), quando o ambiente uterino começou a se deteriorar.
- Sofrimento fetal ou materno, por qualquer causa.

Na maioria dos casos, contudo, só depois do trabalho de parto ativo é que a possível necessidade de cesariana se torna aparente. Aí as causas mais prováveis englobam:

- Má progressão do trabalho de parto (a cérvice não se dilatou com a rapidez suficiente) depois de 16 a 18 horas (alguns médicos esperam mais tempo).[1]
- Sofrimento fetal, indicado pelo monitor fetal ou por outras provas do bem-estar fetal (ver p. 304).
- Prolapso de cordão umbilical (p. 405), que se comprimido poderia privar o feto de oxigênio, causando sofrimento fetal.
- Casos previamente não diagnosticados de placenta prévia ou de descolamento prematuro da placenta, sobretudo quando houver risco de hemorragia.

Se a cesariana é tão segura e se tantas vezes salva a vida da mãe e do bebê, por que tanto nos atemorizamos ante a perspectiva de precisar dela? Em parte porque as grandes cirurgias, mesmo as rotineiras e quase isentas de risco, ainda se mostram um pouco assustadoras; mas sobretudo porque nos preparamos durante meses e meses para o parto natural e costumamos entrar na sala de partos absolutamente despreparadas para a possibilidade muitíssimo real de que teremos necessidade da cesariana. Durante os nove meses, afastamos do pensamento essa possibilidade desagradável. Devoramos os manuais sobre gestação, mas passamos por alto pelos capítulos que tratam desse assunto. Fazemos dezenas de perguntas a respeito do parto natural, mas nem mesmo uma sobre o

[1] Neises casos, alguns médicos tentarão dar um estímulo às contrações lentas com ocitocina antes de recorrer à cesariana.

parto cirúrgico. Só antevemos a nossa postura ativa, segurando a mão do marido enquanto respiramos ofegantemente e empurramos nosso bebê para o mundo — e nunca a postura passiva, deitadas, possivelmente inconscientes, enquanto instrumentos esterilizados cortam a nossa barriga para dela retirá-lo, como a retirar um apêndice inflamado. Ao nos depararmos com a cesariana, sentimo-nos privadas do controle sobre o nascimento do bebê. Como vemos, a tecnologia médica assume o comando, gerando a frustração, o desapontamento, a raiva e a culpa.

Mas não há por que as coisas devam ser assim. Não se você estiver tão bem preparada para o parto vaginal quanto para o cesáreo ou abdominal, se admitir que ambos podem ser igualmente lindos, e se concentrar no resultado do parto e não no processo.

Diversas medidas tomadas agora tornam a perspectiva da cesariana menos sombria e a realidade mais gratificante. Mesmo se a gestante não tem razão para suspeitar de que possa precisar da cesariana, convém estudar o assunto pelo menos numa ocasião durante o pré-natal. Se tiver motivos para achar que talvez venha a precisar dela, convém tentar fazer um curso preparatório. Deve ler a respeito também.

Se o obstetra decidir por antecipação a necessidade da cesariana, peça-lhe uma explicação detalhada sobre os motivos. Pergunte se há alguma alternativa, como a prova de trabalho de parto — em que, depois de iniciado o trabalho de parto espontaneamente, permite-se que prossiga enquanto evoluir normalmente. (Esta opção talvez não seja possível nesse ou naquele hospital, pois requer instalações e equipe cirúrgica de prontidão caso se faça necessária a cesariana; alguns sugerem que tais hospitais não deveriam fazer partos de forma alguma.) Se você sair da consulta indagando-se se a principal razão para a cirurgia é a conveniência do médico, deve pedir e conseguir outra opinião.

Se você estiver se preparando para uma cesariana programada ou apenas para a possibilidade de uma, há várias questões sobre as quais talvez você queira conversar com o médico ou com o médico de plantão empregado pela parteira habilitada (ver p. 285). Não se detenha com afirmações tranqüilizadoras de que não é provável que você venha precisar de uma; explique que quer estar preparada, por via das dúvidas. Que o médico saiba se você quer ou não participar das decisões com a equipe caso se torne a cirurgia necessária.

Naturalmente a maioria das mulheres grávidas não escolheriam uma cesariana

Fazendo do Parto Cesáreo um Assunto de Família

O parto cesáreo centrado na família vem se tornando lugar-comum nos EUA, com a vasta maioria dos médicos e hospitais relaxando nas normas cirúrgicas habituais para esse tipo de parto. Durante uma cesariana eletiva, a maioria permite que a mãe fique desperta, com o pai a seu lado, e que a nova família se conheça imediatamente após o parto, como ocorreria depois de um parto vaginal não complicado. As pesquisas mostram que essa "normalização" do parto cirúrgico ajuda o casal a melhor vivenciar a experiência, reduz a possibilidade de depressão pós-parto e a baixa auto-estima na mãe (problemas comuns depois de uma cesariana) e permite que o vínculo afetivo pais-filho se processe mais cedo.

como seu parto de escolha, e 3 entre 4 acabarão fazendo parto vaginal. Mas para as que não o conseguirem, não há motivo para desapontamento ou sentimento de culpa ou de fracasso. Qualquer parto (vaginal ou abdominal, com ou sem uso de medicamento) que proporcione uma mãe e um bebê sadios é um completo sucesso.

A SEGURANÇA NAS VIAGENS

"Tenho uma importante viagem de negócios programada para este mês. É seguro viajar ou devo cancelá-la?"

Se você puder evitar as viagens no último trimestre, faça-o. Não só é incômodo viajar nesse período, como pode ser perigoso — já que a gestante poderá entrar em trabalho de parto (o trabalho de parto prematuro nem sempre pode ser previsto) a centenas ou milhares de quilômetros de distância do seu obstetra. Nos Estados Unidos, em virtude do risco de começar o trabalho de parto a milhares de pés do solo nas viagens aéreas (e a muitas horas antes do pouso), as companhias aéreas só permitem às gestantes no nono mês voar com carta de permissão do médico. A carta por vezes é difícil de conseguir, já que a maioria dos médicos não recomenda viagens no último trimestre, sobretudo nos oitavo e nono meses. Em caso de necessidade, consultar as sugestões à p. 216. É particularmente importante verificar o nome de algum obstetra bem-conceituado no local de destino.

DIRIGINDO

"Devo ainda dirigir?"

As viagens longas de carro (que durem mais do que uma hora) provavelmente são muito exaustivas no final da gravidez, não importa quem esteja dirigindo. Se você tiver de fazer viagem mais longa, e tenha o aval do médico, procure parar de hora em hora ou de duas em duas horas para espichar as pernas. Dirigir por curtas distâncias não traz problema até o dia do parto, na medida em que você não esteja sentindo episódios de tonteira e desde que consiga se colocar atrás do volante. Entretanto, não vá dirigindo sozinha até o hospital durante o trabalho de parto. E não se esqueça — em qualquer viagem de carro — seja você o motorista ou passageiro — use o cinto de segurança.

CONTRAÇÕES DE BRAXTON HICKS

"De vez em quando o meu útero parece se contrair e endurecer. O que é isso?"

São provavelmente contrações de Braxton Hicks, que começam a ensaiar o útero grávido para o trabalho de parto em algum momento depois de 20 semanas de gestação. Essas contrações são sentidas mais precocemente e são mais intensas em mulheres que já tiveram prévia gravidez. Com efeito, o útero contrai a musculatura, em preparação para as contrações verdadeiras, que normalmente expulsarão o bebê a termo. As contrações de Braxton Hicks são indolores (embora incômodas), como um aperto do útero, começando no alto e descendo até o relaxamento. Costumam durar cerca de 30 segundos (tempo suficiente para você praticar os exercícios respiratórios), mas podem durar 2 minutos ou mais.

Ao chegar próximo do termo, no nono mês, as contrações de Braxton Hicks podem se tornar mais freqüentes, mais intensas — às vezes até dolorosas —, e portanto mais difíceis de serem distinguidas das verdadeiras contrações do traba-

lho de parto (ver Pré-Parto, Falso Trabalho de Parto, Trabalho de Parto Verdadeiro, p. 308). Embora não sejam suficientemente vigorosas para expulsar o bebê, podem desencadear os processos pré-natalícios do apagamento e da dilatação precoce do colo, ajudando-a no trabalho de parto mesmo antes de ele começar.

Para aliviar qualquer desconforto durante essas contrações, procure deitar e relaxar, ou levantar e caminhar. A mudança de posição pode detê-las por completo.

Embora as contrações de Braxton Hicks não representem o trabalho de parto verdadeiro, pode ser difícil para você diferenciá-las da atividade uterina pré-termo do tipo que precede o trabalho de parto. Portanto, descreva-as ao médico na próxima consulta. Informe-o imediatamente se forem freqüentes (mais de 4 por hora) e/ou se se acompanham de dor (nas costas, no abdome, na pelve) ou de qualquer corrimento vaginal incomum, ou ainda se você tem alto risco de trabalho de parto prematuro (ver p. 256).

BANHO

"Minha mãe diz que não devo tomar banho depois de 34 semanas de gestação. Meu médico diz que está tudo bem. Quem tem razão?"

Temos aí um caso em que a mãe não tem razão. Embora bem-intencionada, está mal-informada. É provável que se baseie na advertência que recebeu de seu próprio médico quando teve você. Há 20 ou 30 anos a maioria dos médicos acreditava que a água suja do banho podia ascender pela vagina até a cérvice na gravidez e assim causar infecção. Mas embora ainda precise-se de outras pesquisas a respeito, os médicos hoje acreditam que a água não entre na vagina a menos que propelida, por ducha por exemplo; assim, não se justifica esse receio. Mesmo que a água entre na vagina, o tampão mucoso cervical que sela a entrada do útero protege efetivamente as membranas que circundam o feto, o líquido amniótico e o próprio feto da invasão de agentes infecciosos. Portanto, a maioria dos médicos permite os banhos de imersão na gestação normal até o rompimento das membranas ou a expulsão do tampão mucoso. O banho de chuveiro é permitido até a hora do parto.

Os banhos de banheira e de chuveiro, contudo, não estão totalmente isentos de risco, sobretudo no último trimestre, quando o desequilíbrio da gestante pode causar escorregões e quedas. Para evitar isso, tome banho com cautela; certifique-se de que a superfície do boxe, por exemplo, não esteja deslizante, ou use capacho; e mantenha alguém por perto, se possível, para ajudá-la a entrar e sair da banheira.

O RELACIONAMENTO COM O MARIDO

"O bebê ainda nem nasceu e o relacionamento com meu marido parece já estar mudando. Estamos ambos muito envolvidos com o parto futuro e com o bebê — e não um com o outro, como éramos antes."

Todos os casamentos, em grau diferente, sofrem algumas alterações na dinâmica e numa revisão das prioridades depois que o bebê compõe o trio, mas as pesquisas revelam que o choque dessa revolução costuma ser menos estressante quando o casal começa o processo durante a gravidez. Assim, embora a mudança que você percebe possa não parecer uma mudança para melhor, é melhor vivenciá-la agora do que depois do bebê nascer. Os casais que romantizam a idéia do trio, e que não antecipam pelo menos alguma desintegração ou

rompimento de seu romance, muitas vezes encontram mais dificuldade em lidar com a realidade da vida com as exigências do recém-nascido.

Mas embora seja muito normal — e saudável — envolver-se com a gravidez e com o esperado parto superespecial, você não deve deixar essa nova faceta da vida bloquear as outras completamente, sobretudo no relacionamento. Agora é hora de aprender a combinar o cuidado e a nutrição do bebê com o cuidado e a nutrição do relacionamento. Reforce o romance com regularidade. Uma vez por semana, façam alguma coisa juntos — ir a um cinema, jantar fora, visitar um museu — que nada tenha a ver com o parto ou com bebês. Ao sair para comprar o enxoval do bebê, vá a uma loja de artigos masculinos e compre algo especial (e inesperado) para o seu marido. Ao deixar o consultório médico após a próxima consulta, surpreenda-o com dois bilhetes para um teatro ou um evento esportivo. No jantar, de vez em quando, pergunte a ele como foi o seu dia, fale do seu, discuta as manchetes do dia — tudo sem falar do bebê uma só vez. Nada disso tornará o evento maravilhoso menos especial, mas lembrará a vocês dois que há mais coisas na vida do que o curso preparatório e enxovais de bebê.

Mantendo isso agora em mente ajudará a manter a chama do amor depois, quando os dois ficarem se revezando para atender ao recém-nascido às 2 da madrugada. E essa chama do amor é, afinal, o que tornará o ninho que você tanto prepara para o bebê um lugar alegre, feliz e seguro.

FAZENDO SEXO NO OITAVO MÊS

"Estou confusa. Tenho ouvido muitas informações conflitantes a respeito das relações sexuais nas últimas semanas de gravidez."

O problema é que as evidências clínicas existentes sobre o assunto também são confusas e conflitantes. Acredita-se amplamente que nem a relação e nem o orgasmo, isoladamente, desencadeiem o trabalho de parto, salvo se as condições forem propícias (embora muitos casais impacientes com o parto tenham adorado tentar a prova em contrário). Por esse motivo, muitos médicos e muitas parteiras permitem a atividade sexual às gestantes com gravidez normal — presumindo que ainda estejam interessadas — até o dia do parto. E aparentemente a maioria dos casais assim pode proceder sem complicações.

Parece, no entanto, existir algum risco de a relação sexual desencadear o trabalho de parto prematuro, pelo menos em gestantes com alto risco de parto antes do termo (as com gravidez gemelar, as que têm apagamento e dilatação precoces, e as com história de trabalho de parto prematuro. O ato sexual também parece estar relacionado ao rompimento prematuro das membranas, sobretudo quando já se encontram inflamadas, e à infecção, pré-natal (do saco amniótico ou do líquido amniótico) e puerperal. Para ajudar na prevenção de possível infecção, e de possíveis contrações prematuras produzidas pela exposição da cérvice às prostaglandinas irritantes do sêmen, muitos médicos recomendam o uso de preservativo (camisinha) durante o coito nas últimas oito semanas de gestação.

Procure esclarecer a sua dúvida perguntando ao obstetra qual o último consenso a respeito do assunto. Se ele der sinal verde, então faça sexo à vontade — se você quiser e se sentir bem fazendo-o. Se der sinal vermelho (em caso de gestação de alto risco, risco de parto prematuro, placenta prévia ou descolamento prematuro da placenta, ou em caso de sangramento inexplicado ou rompimento da bolsa), busque a satisfação de outras formas. O jantar romântico no

staurante preferido ou passear de mãos adas sob a luz das estrelas. Outras op-Ses: ficar agarradinha com o marido na ama ou no sofá em frente à TV, só nas ariCias e nos beijos, tomarem uma ducha juntos, ensaboando-se carinhosamente, fazer massagem — no pescoço, nas costas, nos pés e, naturalmente, na barriga e nos genitais.

O QUE É IMPORTANTE SABER: FATOS SOBRE A AMAMENTAÇÃO

Na virada do século, quase todos os bebês eram amamentados ao seio: não havia escolha. Mas, no início da primeira década deste século, as mulheres começaram a exigir os direitos que nunca tiveram — votar, trabalhar, fumar cigarros, soltar ou enrolar os cabelos, abandonar roupas de baixo desnecessárias, voltar os olhos para fora da cozinha e do berçário. O aleitamento era antiquado, restritivo, e representava tudo de que as mulheres queriam se libertar. A mulher moderna amamentava com mamadeira. E, por volta da década de 50, as únicas nutrizes remanescentes (além da autora veterana e de algumas vadias boêmias) eram as que não haviam se contagiado pelos movimentos de emancipação.

Ironicamente, foi o revitalizado movimento das mulheres nas décadas de 60 e 70 que trouxe de volta o aleitamento à voga. As mulheres não queriam mais só a liberdade, mas o controle — sobre suas vidas, sobre seus corpos. Sabiam que o controle vem com o conhecimento, e foi o conhecimento que lhes disse que o aleitamento ao seio era o melhor — para os bebês e, no todo, para si próprias. Hoje a tendência é claramente o retorno ao seio.

POR QUE O SEIO É MELHOR

Não há dúvida de que em circunstâncias normais o aleitamento ao seio propicia ao recém-nascido o alimento e o sistema de alimentação perfeitos para os lactentes humanos:

- O leite humano contém pelo menos uma centena de ingredientes que não são encontrados no leite de vaca e que não podem ser perfeitamente reproduzidos pelo leite artificial (fórmulas). O leite materno é individualizado para cada bebê; a matéria-prima é selecionada da corrente sangüínea materna conforme as necessidades, modificando a composição do leite dia a dia, de mamada em mamada, à proporção que o bebê cresce e se modifica. Os nutrientes são propícios à nutrição do lactente. O afastamento do leite materno encontrado nas fórmulas pediátricas (preparadas em casa com leite de vaca) pode levar a deficiências nutricionais.

- O leite materno é mais digerível que o leite de vaca. A proporção de proteínas no primeiro é menor (1,5%) do que no segundo (3,5%), facilitando a

digestão do lactente. A própria proteína que contém, sobretudo a lactalbumina, é mais nutritiva e digerível que a principal proteína do leite de vaca, o caseinogênio. O teor de gordura de ambos os leites é semelhante, mas a gordura do leite materno é mais facilmente digerida pelo bebê.

- O leite materno tem menor probabilidade de tornar os lactentes obesos, agora ou durante sua vida.

- Virtualmente nenhum bebê é alérgico ao leite materno (embora alguns possam apresentar alergia a certos alimentos da dieta da mãe, inclusive o leite). A beta-lactoglobulina, uma substância contida no leite de vaca, pode desencadear reação alérgica e, depois da formação dos anticorpos, pode até causar choque anafilático (reação alérgica com risco de vida) em lactentes — que, segundo suspeitam algumas autoridades, talvez seja fator a contribuir em certos casos para a síndrome da morte súbita em lactentes (a morte no berço). As fórmulas com leite de soja, muitas vezes usadas quando o bebê é alérgico ao leite de vaca, afastam-se ainda mais da composição natural do leite materno.

- Os bebês amamentados ao seio quase nunca têm prisão de ventre, dada a fácil digestibilidade do leite materno. Também dificilmente têm diarréia — já que o leite materno parece destruir alguns germes causadores de diarréia e estimular o crescimento da flora intestinal benéfica, que também ajuda a evitar os transtornos digestivos. Do ponto de vista meramente estético, a evacuação do bebê amamentado ao seio é de odor adocicado, mais suave (pelos menos até serem introduzidos os alimentos sólidos) e menos capaz de causar a chamada erupção das fraldas.

- O leite materno contém apenas um terço do teor de sais minerais do leite de vaca, cujo excesso de sódio traz dificuldades para os rins ainda imaturos.

- O leite materno contém menos fósforo. O elevado teor de fósforo do leite de vaca se vincula a menor teor de cálcio no sangue do bebê assim alimentado.

- Os bebês amamentados ao seio são menos propensos a doenças no primeiro ano de vida. A proteção é assegurada pela transferência de fatores imunológicos existentes no leite materno e no colostro.

- O aleitamento ao seio, por requerer mais esforço que o aleitamento à mamadeira, estimula o bom desenvolvimento das mandíbulas, dos dentes e do palato.

- O leite materno é seguro. Não há risco de contaminação ou de deterioração.

- O aleitamento ao seio é conveniente. Não requer planejamento antecipado e nem equipamento; está sempre à disposição do bebê (no carro, no avião, no meio da noite) e sempre à temperatura correta. Quando a mãe e o bebê não estão juntos (se a mãe trabalha fora, por exemplo), o leite pode ser tirado antecipadamente e guardado em *freezer* para ser colocado na mamadeira quando necessário.

- A amamentação ao seio é econômica. Não requer investimento em mamadeiras, em esterilizantes ou em fórmulas; não há as mamadeiras semivazias ou as latas de leite quase vazias que se tem de jogar fora. É uma dieta nutritiva (como a Dieta Ideal no Aleitamento, p. 441), que permite à nutriz alimentar bem o lactente, e provavel-

mente custa menos que uma dieta norte-americana típica, saturada em gorduras, em calorias pouco nutritivas e em alimentos semiprontos quase sempre caros.

- Há indicações, embora não haja provas, de que o aleitamento diminui na mulher o risco de futuro câncer de mama.

- O aleitamento ajuda a acelerar a retração do útero, fazendo-o retornar ao tamanho pré-gestacional, e diminui a eliminação de lóquios (a secreção vaginal do puerpério).

- A lactação suprime a ovulação e a menstruação, pelo menos em certa medida. Embora não se deva confiar nela para evitar a gravidez, ela poderá adiar por meses o retorno das regras da mulher, ou pelo menos enquanto ela estiver amamentando.

- A amamentação ajuda a queimar as calorias armazenadas sob a forma de gordura durante a gestação. Se a mulher for cautelosa em só consumir calorias o suficiente para manter o aporte de leite e as energias (ver p. 441), e tiver certeza de que as calorias advêm de alimentos nutritivos, poderá atender a todas as necessidades nutricionais do bebê enquanto recupera a forma.

- O aleitamento obriga a puérpera a períodos de repouso — particularmente importantes durante as seis primeiras semanas após o parto.

- O aleitamento em público vem se tornando mais aceitável. Com um pouco de discrição e um guardanapo bem grande, tanto a mãe quanto o bebê podem jantar juntos no mesmo restaurante.

- O aleitamento aproxima mãe e filho, pele a pele, durante pelo menos seis a oito vezes ao dia. A gratificação emocional, a intimidade, o compartilhar do amor e do prazer são coisas muito especiais, muito recompensadoras.

(Um breve lembrete às que tiverem gêmeos: Todas as vantagens do aleitamento ao seio são duplicadas. Ver p. 443 para as sugestões que facilitam a amamentação de dois.)

POR QUE ALGUMAS PREFEREM A MAMADEIRA

Assim como havia alguma resistência contra a amamentação com mamadeira 30 anos atrás, hoje há mulheres que preferem não amamentar ao seio. E embora as vantagens do aleitamento com mamadeira pareçam pequenas perto das oferecidas pela amamentação ao seio, elas poderão ser reais e convincentes para algumas mulheres.

- O uso de mamadeira deixa a mãe mais livre. Ela pode trabalhar, ir às compras, sair à noite, até mesmo dormir durante a noite — porque alguma outra pessoa pode alimentar o bebê.

- A mamadeira permite que o pai compartilhe da responsabilidade alimentar e dos laços afetivos que daí decorrem e que são benéficos. (Embora o pai de um filho amamentado ao peito possa conseguir os mesmos benefícios, ao amamentá-lo com mamadeira cheia de leite materno.)

- Não interfere com a vida sexual do casal (a menos que o bebê acorde para mamar em hora errada). Já o aleitamento ao seio, por outro lado, interfere. Primeiro, os hormônios da lactação podem até certo ponto resse-

car a vagina; e segundo, o escoamento de leite do seio durante o ato sexual para alguns casais é um transtorno. Para as que adotam a mamadeira, os seios podem desempenhar seu papel sensual e não utilitário.

- A mamadeira não determina a dieta da mãe ou restringe os hábitos alimentares. Ela pode comer todos os condimentos, todos os alimentos bem temperados e todo o repolho que quiser, não precisando sequer beber um copo de leite.

- A mamadeira talvez seja preferível para a mulher que se sente receosa do contato mais íntimo com o bebê e que se sinta incomodada com a possibilidade de amamentar em público. Ou para aquela que é muito nervosa ou impaciente com a amamentação.

COMO FAZER A ESCOLHA

Para um número cada vez maior de mulheres atualmente, a escolha é clara. Algumas sabem que vão preferir o seio à mamadeira muito antes de engravidar. Outras, que nunca deram muita atenção a esse problema antes de engravidar, escolhem o seio depois de terem a respeito dos benefícios. Algumas ficam oscilando na indecisão durante toda a gravidez e até mesmo durante o parto. Algumas poucas, embora totalmente convencidas de que o aleitamento ao seio não é para elas, não conseguem se livrar da idéia de que devem tentar de qualquer forma.

Para todas as que ainda não se decidiram só temos uma sugestão: tentem — talvez vocês gostem muito. Sempre é possível desistir se não gostar, mas pelo menos houve a tentativa de eliminar as dúvidas importunas. O melhor é que você e o bebê terão obtido alguns dos benefícios mais importantes da amamentação ao seio, mesmo que por um breve período.

Não obstante, convém tentar amamentar com boa vontade. As primeiras semanas são sempre difíceis, mesmo para as mais desejosas do aleitamento. Alguns especialistas afirmam que é necessário um mês inteiro, ou até mesmo seis semanas, de aleitamento ao seio para que se estabeleça uma relação nutricional bem-sucedida e para que a mãe tenha tempo de decidir se deseja ou não continuar.

QUANDO NÃO SE PODE OU NÃO SE DEVE AMAMENTAR

Lamentavelmente, a opção pelo aleitamento nem sempre cabe à mamãe. Algumas mulheres não podem ou não devem amamentar os filhos. As razões podem ser emocionais ou físicas, por causa da saúde da mãe ou do bebê, e temporárias ou duradouras.[*] Entre as razões mais comuns para que se desaconselhe o aleitamento, estão as seguintes:

- Graves enfermidades incapacitantes (doenças cardíacas ou renais, anemia grave) ou extremo emagrecimento.

- Infecções de maior gravidade, como a tuberculose.

- Condições que requerem uso de medicamentos que chegam ao leite materno e podem ser prejudiciais para o bebê tais como: antitireoidianos, antineoplásicos (drogas contra o câncer),

[*] A hipótese de que em famílias com história de câncer de mama em fase pré-menopáusica a doença poderia ser transmitida da mãe para a filha através de um vírus no leite materno é inconsistente. Admite-se que essas mulheres e mesmo as que têm câncer num dos seios podem amamentar as filhas com êxito e segurança.

anti-hipertensivos; lítio, tranqüilizantes ou sedativos. Se você fizer uso de qualquer medicamento, verifique com o médico antes de dar início ao aleitamento ao seio.[7]

- AIDS, que pode ser transmitida pelos líquidos do corpo, inclusive o leite materno.
- Abuso de drogas — inclusive tranqüilizantes, cocaína, heroína, metadona, maconha, cigarros e cafeína e álcool em grande quantidade.[8]
- Aversão profunda à idéia da amamentação.

Entre as condições do recém-nascido que interferem no aleitamento estão:

- A intolerância à lactose ou a fenilcetonúria, em que o lactente não consegue digerir nem o leite humano e *nem* o de vaca.
- Lábio leporino e/ou fenda palatina, ou outras anomalias da boca que tornam difícil a sucção ao seio.

[7] A necessidade temporária de medicação, como penicilina, mesmo por ocasião do aleitamento, não necessariamente descarta essa possibilidade. Às vezes é possível passar para a mamadeira com leite artificial (fórmula), continuar a retirar o leite do seio com bomba e, tão logo seja suspenso o medicamento, voltar a amamentá-lo ao seio.

[8] As fumantes que amamentam passam nicotina para os bebês e devem abandonar o hábito. Devem ao menos tentar reduzir — mas nunca usar o cigarro como pretexto para não amamentar.

AS MAMADEIRAS

Embora o aleitamento ao seio seja uma agradável experiência para a mãe e para a criança, não há motivo para que o uso de mamadeira também não seja. Milhões de bebês sadios e felizes foram criados com mamadeira. Quando não é possível amamentar ao seio, ou quando a mãe não deseja, o perigo não se acha na mamadeira, mas na possibilidade de a mãe transmitir ao bebê a frustração ou a culpa que sente. É preciso saber que, com um pouquinho mais de esforço, o amor pode passar da mãe à criança através da mamadeira — exatamente como passa através do seio. É só transformar cada mamada num momento de aconchego para o bebê, como seria se a mãe estivesse amamentando ao seio (não dar a mamadeira com o bebê no berço). E, quando possível, fazer o contato pele a pele, abrindo a blusa, e deixando que o bebê repouse de encontro ao seio exposto durante a mamada.

13

O Nono Mês

As Consultas

Depois de 36 semanas de gestação, a gestante passa a ir ao médico toda semana. O teor dos exames vai lembrar-lhe sempre que se aproxima o dia D. Em geral, embora sejam muitas as variações em função das necessidades da paciente e do estilo do médico, os exames vão constar do seguinte:[1]

- Peso (o ganho ponderal em geral se mostrará mais lento ou terá cessado) e pressão arterial (talvez se eleve um pouco em relação às leituras no meio da gestação)
- Urina, para surpreender açúcar e proteínas
- Batimento cardíaco fetal
- Altura do fundo uterino
- Tamanho fetal (é possível uma estimativa aproximada), apresentação (cefálica ou pélvica), posição (voltado para a frente ou para trás?) e descida (a parte que se apresenta está encaixada?)
- Pés e mãos, para verificar edema (inchação), e pernas, para ver se há varizes
- Pesquisa da cérvice (por exame interno, em geral depois de 38 semanas de gestação) em busca de apagamento e dilatação, ou quando oportuno, para cultura seqüencial de material cervical.
- Os sintomas apresentados, sobretudo os incomuns
- A freqüência e a duração das contrações de Braxton Hicks
- Possíveis instruções do obstetra sobre quando o chamar em função do início do trabalho de parto; caso não as receba, peça-as
- Perguntas e problemas que a gestante queira discutir, sobretudo os relacionados ao trabalho de parto e ao parto — levar uma lista pronta

[1] Consultar o Apêndice para explicação dos procedimentos e dos exames realizados.

Os Sintomas Comuns

Ora a gestante apresenta todos eles, ora apenas alguns. Alguns talvez persistam do mês anterior, outros podem ter surgido no período. Ainda outros são dificilmente percebidos, ora por se estar a eles acostumada, ora por se acharem encobertos por novos e mais excitantes sinais indicadores de que não há de demorar o começo do trabalho de parto, ora ainda por ambos os motivos.

Físicos:

- Modificação da atividade fetal (mais contorções, menos chutes: o espaço uterino é agora mais exíguo)
- A secreção vaginal (leucorréia) se torna mais intensa e contém mais muco, que depois de relação sexual ou do exame pélvico fica por vezes tingido de sangue ou adquire tonalidade castanha ou rosada
- Prisão de ventre (constipação)
- Azia, dispepsia, flatulência, plenitude abdominal
- Dores de cabeça ocasionais, desmaios, tonteiras
- Congestão nasal e por vezes sangramento pelo nariz; entupimento dos ouvidos
- Sangramento das gengivas
- Câibras nas pernas durante o sono
- Aumento das dores e do peso nas costas
- Incômodo e dolorimento nas nádegas e na bacia
- Aumento do edema (inchação) dos tornozelos e dos pés e ocasionalmente das mãos e do rosto

O Aspecto Físico no Nono Mês

São feitos os preparativos finais para o parto, que agora pode ocorrer a qualquer momento. Os pulmões do bebê estão amadurecidos. Cerca de 5 cm e de 1.200 gramas se acrescem à estatura e ao peso do bebê (em média o bebê medirá 50 cm e pesará 3.500 gramas ao termo). Com espaço mais exíguo, e possivelmente já insinuado na pelve, ele parece menos ativo.

- Varizes nas pernas
- Hemorróidas
- Coceira no abdome
- Respiração facilitada pela descida do bebê
- Micção mais freqüente depois da descida do bebê
- Maior dificuldade com o sono
- Aumento e intensificação das contrações de Braxton Hicks (algumas podendo ser dolorosas)
- Movimentos mais desajeitados, dificuldade maior em se locomover
- Colostro, espontâneo ou ao espremer os seios (embora possa aparecer só depois do parto)
- Fadiga ou forças redobradas, ou períodos oscilantes entre ambas
- Maior apetite, ou perda do apetite

EMOCIONAIS:

- Mais excitação, maior ansiedade, maior apreensão, mais desatenção e ausência
- Alívio por estar quase chegando lá
- Irritabilidade e nervos à flor da pele (sobretudo ao ouvir a ladainha: "*Ainda* por aí?")
- Impaciência e inquietude
- Sonhos e fantasias a respeito do bebê

AS PREOCUPAÇÕES COMUNS

ALTERAÇÕES NOS MOVIMENTOS FETAIS

"Meu bebê, que costumava chutar com força, parou de chutar — só fica se contorcendo."

Quando você ouviu os ruídos do bebê, por volta do quinto mês, havia na cavidade uterina um amplo espaço para acrobacias — e para um monte de chutes e de socos. Agora as condições estão ficando apertadas, foi abolida a ginástica. Na cavidade uterina só há espaço para se virar, se contorcer e se sacudir. E depois da cabeça firmemente encaixada na pelve, a mobilidade vai ser ainda menor.

Não é importante o tipo de movimento fetal percebido nessa fase — contanto que a gestante tenha consciência da atividade diariamente.

"Eu mal senti o bebê chutar hoje de tarde. Devo ficar preocupada?"

Pode ser que o seu bebê tenha tirado uma soneca, ou que você estivesse muito ativa ou muito ocupada para perceber-lhe os movimentos. Para se tranqüilizar, verifique a atividade do feto de modo mais formal, realizando o teste indicado à p. 237. É uma boa idéia repetir esse teste rotineiramente, duas vezes ao dia durante o último trimestre. Dez ou mais movimentos durante cada perío-

do de teste significa que a atividade do bebê é normal. Uns poucos movimentos sugerem que talvez seja necessária a avaliação médica para determinar a causa da inatividade — entre em contato de uma vez com o médico. Embora o bebê relativamente inativo no útero possa ser perfeitamente sadio, a inatividade às vezes indica sofrimento fetal. A identificação precoce desse sofrimento através do teste do movimento fetal e da intervenção médica muitas vezes pode prevenir sérias conseqüências.

"Li que os movimentos fetais devem ficar mais lentos ao aproximar-se a hora do parto. Mas meu bebê parece mais ativo do que antes. Significa que ele vai ser hiperativo?"

Antes do nascimento é muito cedo para começar a se preocupar com a hiperatividade. As pesquisas revelam que os conceptos muito ativos no útero não têm maior probabilidade de se tornar crianças hiperativas do que os bebês mais quietinhos durante a vida intra-uterina, embora possam vir a apresentar essa característica.

Pesquisas recentes também contradizem a noção de que o concepto, em média, se torna preguiçoso logo antes do parto. Ao fim da gestação, costuma haver um declínio gradual no número dos movimentos (dos 25 a 40 movimentos por hora por volta de 30 semanas passam para 20 a 30 ao termo), provavelmente relacionado a menor disponibilidade de espaço, diminuição no líquido amniótico e maior coordenação fetal. Mas a menos que se conte, não se percebe qualquer diferença significativa.

RECEIO DE OUTRO TRABALHO DE PARTO PROLONGADO

"Meu trabalho de parto da primeira vez durou 48 horas, e só dei à luz depois de 4 horas e meia de expulsão. Embora tudo tenha corrido bem ao final, estou apavorada só em pensar naquela tortura novamente."

Qualquer pessoa brava o suficiente para retornar ao ringue depois de um primeiro *round* exaustivo como esse merece um descanso. E são boas as chances de que você tenha um. O segundo trabalho de parto e os subseqüentes, bem como os partos, costumam ser mais fáceis e mais breves do que os primeiros — por vezes muito mais fáceis. Menos resistência será oferecida pelo seu canal do parto, agora mais espaçoso, e pela musculatura, mais relaxada. E embora o processo não se dê sem esforço (raramente se dá), poderá ser bem menos que uma provação. A diferença mais acentuada talvez esteja na intensidade dos esforços expulsivos que você terá de fazer; segundo, os bebês muitas vezes vêm ao mundo em questão de minutos e não de horas.

Naturalmente, embora as chances sejam as de um parto mais fácil da segunda vez, na sala de parto não há aposta certa. Na falta de uma bola de cristal, não há forma de prever exatamente o que o trabalho de parto será.

SANGRAMENTO, MANCHAS NAS ROUPAS DE BAIXO

"Logo depois de meu marido e eu começarmos a ter uma relação hoje de manhã, apareceu um sangramento. Significa que o trabalho de parto está começando... ou será que o bebê corre perigo?"

Qualquer sintoma inesperado no nono mês suscita de imediato duas questões: Chegou a hora? Existe algum problema? O sangramento e as manchas nas roupas íntimas são dois eventos que provocam muita ansiedade. O que indicam

depende do tipo de sangramento experimentado e das circunstâncias que o envolvem:

- Logo após uma relação sexual ou o exame vaginal, o muco de coloração rosada ou com estrias vermelhas, ou ainda o muco de coloração castanha ou as manchas acastanhadas que aparecem 48 horas depois provavelmente decorrem do pequeno traumatismo ou da manipulação de uma cérvice muito sensível. São normais e não representam sinal de perigo — embora devam ser comunicados ao obstetra, que talvez venha a recomendar a abstinência sexual até o parto.

- Sangramento vermelho vivo ou persistente pode ter origem na placenta e requer avaliação médica imediata. Chamar logo o médico. Caso não consiga entrar em contato com ele, pedir a alguém para levá-la ao hospital.

- Muco rosado, de coloração castanha ou tingido de sangue, acompanhado de contrações e de outros sinais de trabalho de parto iminente (ver Fase Premonitória, Falso Trabalho de Parto e Trabalho de Parto Verdadeiro à p. 308), seguindo ou não o coito, poderá estar indicando o seu início. Cumpre telefonar para o obstetra.

MENOR DISTENSÃO ABDOMINAL E INSINUAÇÃO

"Se já se passaram 38 semanas e o feto ainda não desceu, quer dizer que a minha gravidez vai ser prolongada?"

A insinuação consiste na descida do feto até a cavidade pélvica. Nas primeiras gestações, a insinuação costuma ocorrer duas a quatro semanas antes do parto. Em multíparas, raramente ocorre antes de entrarem em trabalho de parto. Mas, como tudo o mais na gestação, a regra nesses casos são as exceções. A primípara pode ter a insinuação quatro semanas antes da data prevista e só parir duas semanas depois, ou então pode entrar em trabalho de parto antes da própria insinuação.

Muitas vezes, o processo é bastante evidente. A gestante percebe que o ventre parece mais baixo e inclinado bem para a frente. As conseqüências felizes: ao ser aliviada a pressão do útero sobre o diafragma, fica mais fácil respirar fundo e, com o estômago menos comprimido, fica mais fácil comer refeições completas. Essas alterações bem-vindas são compensadas pelos incômodos causados pela pressão sobre a bexiga, as articulações pélvicas e a região perineal: maior freqüência de micção, mobilidade difícil, sensação de maior pressão perineal, e às vezes dor. Pequenos choques ou pontadas agudas podem ser sentidas quando a cabeça fetal comprime o assoalho pélvico. Algumas mulheres sentem um "rolar" na pelve quando a cabeça fetal se vira. E muitas vezes, como o centro de gravidade torna a se modificar, a mulher passa a sentir mais desequilíbrio.

É possível, entretanto, que o processo ocorra sem que se perceba. Se, por exemplo, você estiver nessa situação, talvez a silhueta da barriga não se altere de forma perceptível. Mas se você nunca experimentou dificuldade respiratória ou em fazer uma refeição completa, pode não perceber qualquer modificação óbvia.

Trata-se de um sinal que diz que o segmento de apresentação, em geral a cabeça fetal, se insinuou na porção superior da pelve óssea. O médico se guiará por dois indicadores básicos para determinar se foi ou não a cabeça do bebê que se insinuou: ao exame interno, a parte de apresentação é sentida na pelve; ao palpar a cabeça, externamente,

descobre que está em posição fixa, que não mais "flutua".

O quanto a parte mais baixa da apresentação está insinuada na pelve é expressado em planos, centímetros a centímetros. O bebê completamente encaixado ou insinuado se encontra no plano 0 (zero) — ou seja, a cabeça fetal já desceu até o nível da linha interespinhal (a linha que passa pelas espinhas ciáticas, dois proeminentes pontos de referência ósseos, um de cada lado na altura média da cavidade pélvica). O bebê que começou a insinuar-se pode se encontrar no plano – 4 ou – 5 (em relação ao plano 0). Depois de iniciado o parto, a cabeça continua a progredir pela pelve e passa pelos planos 0, + 1, + 2, e assim por diante, até apresentar-se "de vértice" na abertura vaginal externa no plano + 5. Embora a mulher cujo trabalho se inicia no plano 0 tenha um menor esforço expulsivo do que a mulher cujo trabalho começa no plano – 3, isso nem sempre é assim, já que os planos não são os únicos fatores que interferem na progressão do trabalho de parto.

Embora a insinuação da cabeça fetal sugira fortemente que o bebê pode atravessar a pelve sem dificuldade, não há garantia; pelo contrário, o feto que ainda flutua no começo do trabalho de parto não necessariamente terá problemas. Com efeito, a maioria deles que ainda não se insinuaram ao começar o trabalho de parto acaba atravessando suavemente a pelve. Isso se dá sobretudo em mulheres que já tiveram um ou mais filhos.

A HORA DO PARTO

"O obstetra é capaz de dizer exatamente quando vou entrar em trabalho de parto?"

Não. E não acredite nele se disser o contrário. Há indícios da proximidade do trabalho de parto que o médico começa a tentar surpreender durante o nono mês. Já se deu a insinuação ou o encaixamento? Qual o plano em que se encontra a parte baixa da apresentação (a que altura na pelve)? Já começaram o apagamento (adelgaçamento da cérvice) e a dilatação (abertura)?

"Logo", porém, significa em algum momento entre três horas e três semanas ou mais. Pergunte às que viveram momentos de euforia quando o obstetra lhes disse: "O trabalho de parto vai começar hoje à noite" — a euforia transformou-se em depressão à medida que as semanas passavam e nada de aparecerem as contrações.

O prognóstico do obstetra em função do apagamento e da dilatação afirmando que o trabalho ainda vai começar só daí a semanas pode ser igualmente equivocado. Outras gestantes são testemunhas: depois de ouvirem a previsão, voltam para casa já pensando em passar outro mês de espera e, para seu espanto, acabam dando à luz na manhã seguinte.

O fato é que a insinuação, o apagamento e a dilatação podem ocorrer gradualmente durante um período de semanas ou até mesmo durante um mês ou mais para algumas. Em outras ocorrem em questão de horas. Ninguém, por mais experiente que seja, é capaz de predizer com segurança o início do trabalho de parto — porque ninguém sabe ao certo o que o desencadeia. (Eis aí por que a maioria dos obstetras tanto reluta em aventar hipóteses quanto ao momento do parto e ao sexo do bebê.)

Como todas as outras gestantes, a leitora terá de jogar o jogo da espera, sabendo apenas que o dia, ou a noite, há de chegar em algum momento.

AS SALAS DE TRABALHO DE PARTO E DE PARTO

"Sinto-me pouco à vontade em ter de ir para o hospital e ter o bebê em ambiente estranho."

A maternidade ou o setor de obstetrícia do hospital é um dos ambientes hospitalares mais alegres. No entanto, se a leitora não sabe o que esperar, talvez chegue cheia de anseios e dúvidas. Os hospitais na grande maioria permitem — e na verdade estimulam — a visita antecipada à sala de parto e dependências pelos futuros pais. Perguntar quando você deve fazer a reserva. Se as visitas não forem rotina peça ao obstetra para programá-las para você. Alguns hospitais possuem fitas de vídeo, que você pode tomar emprestadas, apresentando as salas de trabalho de parto e de parto. Também pode passar pelo hospital durante as horas de visita e, embora talvez não a deixem entrar na sala de parto, você pode aproveitar para dar uma boa olhada no alojamento materno e no berçário. Além de afastar receios, a visita dá a oportunidade de ver com quê um recém-nascido se parece antes de ter o seu nos braços.

A sala de trabalho de parto e de parto varia de hospital para hospital. Algumas são muito assépticas e com grande movimento; outras são mais familiares. As salas de parto vêm se tornando cada vez mais familiares, com um aspecto cada vez menos hospitalar — cadeiras de balanço, quadros bem vivos nas paredes, cortinas nas janelas, leitos que mais parecem camas confortáveis do que verdadeiros leitos de hospital.

Mas embora seja agradável ficar num ambiente reconfortante, no fim das contas não vai ser o talento do *designer* do hospital o fator mais importante para o seu bem-estar e o do bebê: muitíssimo mais importante é a habilidade e o atendimento prestado pela equipe obstétrica-neonatológica.

A GESTAÇÃO PROLONGADA

"O parto já deveria ter ocorrido há uma semana, e o obstetra quer fazer um teste tocométrico. Será possível que não vou entrar em trabalho de parto espontaneamente?"

A data mágica se encontra assinalada por um círculo vermelho no calendário; todos os dias das 40 semanas que a precedem são riscados com grande expectativa. Então, afinal, chega o grande dia. E também, como costuma acontecer na metade das gestações, o bebê não. A expectativa se desmancha em desânimo. O berço e o carrinho do bebê ficarão vazios mais um dia. E mais uma semana. E, às vezes, em 10% dos casos, principalmente no caso de primeira gravidez, duas semanas. Será que a gravidez não vai acabar nunca?

Auto-induzir o Trabalho de Parto?

Uma pesquisa mostrou que as mulheres que, a partir de 39 semanas, estimulavam os mamilos durante três horas ou mais por dia tinham menor probabilidade de ultrapassar a data prevista. O procedimento recomendado: estimular o mamilo, a aréola e o seio com a ponta dos dedos, 15 minutos em cada seio, alternando, durante 1 hora; fazer isso três vezes ao dia. Pode-se empregar cremes ou loções e o marido pode ajudar, se lhe agradar a idéia. Sem dúvida é um procedimento que consome tempo e energia, mas algumas mulheres acham que vale o esforço. Há entretanto algum risco de produzir contrações muito fortes (semelhantes às provocadas pela ocitocina), portanto indague ao médico antes de experimentar.

Embora as gestantes que chegaram à quadragésima segunda semana custem a acreditar, nenhuma gravidez até hoje durou para sempre — mesmo antes do advento da indução do trabalho de parto. (É verdade que há gestações que chegam a 44 semanas ou um pouco mais, mas hoje a grande maioria chega ao fim graças à indução do parto por volta da 42ª semana.)

As pesquisas mostram que aproximadamente 70% das aparentes gestações pós-termo não o são na realidade. Só se acredita que estejam atrasadas por erro de cálculo da ocasião da concepção, em geral graças a erro na lembrança da data exata do último período menstrual. E com efeito, quando a ultra-sonografia é empregada para confirmar a data correta, os diagnósticos de gestação pós-termo caem dramaticamente da velha estimativa de 10% para cerca de 2%.

Quando parece que a gestante é pós-termo (tecnicamente 42 semanas ou mais, embora alguns médicos intervenham antes), o médico, ao avaliar a situação, considera dois fatores, importantes: um, está correta a data provável do parto? Poderá ter razoável certeza da correção se durante toda a gravidez a data se correlacionou com certos sinais físicos como o tamanho do útero e a altura do fundo (o alto do útero), e com a época de aparecimento dos primeiros movimentos fetais sentidos pela mãe e os primeiros batimentos cardiofetais identificados pelo examinador. A ultra-sonografia do início da gravidez e os testes de teor de hCG no sangue (ver p. 34) podem ser consultados para ajudar a confirmar a idade gestacional correta.

O segundo fator em geral considerado é se o feto continua a se desenvolver. Muitos bebês continuam a crescer até o décimo mês (embora isso possa ser um problema se o bebê ficar muito grande nesse período para passar com facilidade pela pelve da mãe). Ocasionalmente, entretanto, o ambiente antes ideal do útero começa a se deteriorar. A placenta, envelhecida, deixa de assegurar o aporte de oxigênio e de nutrientes suficiente, e cai a produção de líquido amniótico, reduzindo perigosamente o volume de líquido no útero. Nessas condições, fica difícil para o feto continuar a passar bem.

Os bebês que nascem depois de passar algum tempo num ambiente desse tipo são ditos pós-maturos. São delgados, com pele seca, rachada, descamativa, frouxa e enrugada e perderam o verniz caseoso que recobre os recém-nascidos a termo. Por serem "mais velhos", exibem unhas mais longas e cabelos mais abundantes e em geral nascem de olhos abertos e alerta. Os que ficam mais tempo no ambiente em deterioração podem exibir a pele tingida de mecônio, esverdeada, e também o cordão umbilical. Os que permaneceram o tempo mais prolongado no útero pós-termo exibem coloração amarela, e exibem o maior risco durante o trabalho de parto ou mesmo antes.

Tanto porque são maiores em geral do que os bebês de 40 semanas, com maior circunferência cefálica, quanto por estarem um tanto comprometidos pela insuficiência de oxigênio e de nutrição ou por terem possivelmente inalado mecônio, os pós-maturos têm maior risco de trabalho de parto difícil: é maior a chance de cesariana. Podem também requerer atendimento especial em unidade de tratamento intensivo neonatal por breve período depois do nascimento. Apesar disso, os que nascem com 42 semanas depois de uma gestação sem complicações não têm maior risco de problemas permanentes, não maior do que os que nascem com 40 semanas.

Quando se sabe ao certo que a gestação ultrapassou 41 semanas, e ao exame a cérvice está madura (mole), muitos médicos preferem induzir o trabalho de parto (ver p. 314). O parto por indução ou a cesariana também terão início, estejа

Como Vai o Bebê?

Diariamente os médicos descobrem novas formas de saber como está passando o bebê no útero. Essas provas podem ser feitas em qualquer momento da gestação quando há alguma preocupação, ou por volta de 41 ou 42 semanas, quando presume-se que o bebê esteja ultrapassando o termo. As mais comuns são:

Avaliação do movimento fetal (em casa). Um registro feito pela mãe dos movimentos fetais (ver p. 321), embora não seja absolutamente seguro, pode fornecer alguma indicação da condição do bebê e ser usado para investigar possíveis problemas. Se a mãe não perceber atividade suficiente, são feitos outros exames.

Exame tococardiográfico, sem ocitocina. A mãe é conectada ao monitor fetal como se já estivesse em trabalho de parto e a reação do batimento cardiofetal aos movimentos fetais é observada. Se, durante a prova, a freqüência cardíaca não reagir ao movimento ou se o bebê não se mover, ou se forem observadas outras anormalidades, presume-se que haja sofrimento fetal. A fraqueza do exame (e da monitorização eletrônica fetal) está em que a exatidão do teste depende da habilidade da pessoa que o interpreta.

Estimulação acústica fetal ou vibro-acústica. Essa prova, sem uso de ocitocina, avalia a reação do feto ao som e às vibrações e revelou-se mais exata que as provas sem ocitocina tradicionais.

Exame tococardiográfico com ocitocina. A prova é usada para avaliar a reatividade do coração fetal às contrações uterinas. Nessa prova mais complexa e prolongada (chega a durar 3 horas), a mãe é conectada ao monitor fetal. Se as contrações não ocorrerem com freqüência suficiente por conta própria, recebem um estímulo pela administração intravenosa de ocitocina, ou pela estimulação dos mamilos da mãe (com toalhas quentes e, se necessário, manualmente pela própria mãe). A resposta fetal às contrações indica a condição provável do feto e da placenta. Essa simulação grosseira das condições do trabalho de parto permite prever se o feto pode ou não permanecer em segurança no útero ou, se necessário, atende às demandas extenuantes do trabalho verdadeiro.

Perfil biofísico. É feito por meio do ultra-som e avalia o movimento fetal, a respiração fetal e a quantidade de líquido amniótico. A normalidade desses parâmetros é sinal provável de que o bebê esteja bem. Junto com a avaliação da freqüência cardíaca, o exame propicia um panorama claro da condição do bebê.

Perfil biofísico "modificado". Junto ao perfil biofísico (acima) associa-se outro exame fetal (ver adiante), tendo-se uma avaliação precisa do bem-estar do feto.

Outras provas. Entre essas estão: a avaliação do volume de líquido amniótico pela ultra-sonografia (volume reduzido é sinal de insuficiência placentária); a ultra-sonografia seriada para documentar o crescimento fetal; a amostragem de líquido amniótico (por amniocentese, p. 74); a velocimetria pelo sonar Doppler (que mede a velocidade do fluxo do sangue pelo cordão umbilical); prova dos "ingressos" fetais (que combina a estimulação acústica com a avaliação do volume de líquido amniótico), usado no início do trabalho para prever possíveis problemas fetais; eletrocardiografia fetal (para avaliar o coração fetal, em geral por elétrodo aplicado ao couro cabeludo); a estimulação do couro cabeludo fetal (que testa a reação fetal à pressão ou beliscadura do couro cabeludo); e a amostragem do sangue do couro cabeludo.

vice maturada ou não, caso compli-
s como hipertensão (crônica ou in-
la pela gestação) ou o diabetes
ecem a mãe, ou caso o tingimento
necônio, o indevido crescimento fe-
ou outros problemas ameacem o fe-
Se a cérvice não estiver madura, o
ico pode tentar amadurecê-la com
medicamento, como a prostaglandi-
E_2 (em geral através de supositórios
de gel vaginais), antes de induzir o
to. Pode também preferir esperar um
ico mais, realizando uma ou mais
vas (ver p. 304) para ver se o feto es-
passando bem no útero, e repetindo
es testes uma ou duas vezes por sema-
até ter início o trabalho de parto.

Alguns médicos esperam pela 42.ª se-
ma ou até um pouco mais antes de de-
direm intervir na Mãe Natureza —
sde que o feto continue a passar nos
stes e que a mãe esteja bem. Se houver
nal de insuficiência placentária ou de
ível inadequado de líquido amniótico,
u se houver outro sinal de sofrimento
aterno ou fetal, o médico entrará em
ção e, dependendo do quadro, induzi-
á o trabalho de parto ou realizará a ce-
ariana. Felizmente para as gestantes
nsiosas, são poucas as gestações em que
e permite uma evolução além de alguns
ias depois das 42 semanas confirmadas.

Há duas maneiras de se reduzir a pro-
abilidade de pós-maturidade que são às
ezes recomendadas, embora tenham
uas falhas. Primeiro — a estimulação
diária dos mamilos — que pode ser fei-
a pela mãe em casa (ver p. 302), mas é
rriscada porque pode desencadear con-
rações manifestamente vigorosas. A ou-
ra — o desnudamento das membranas
etais — requer a separação manual das
nembranas coriônicas que circundam o
eto do segmento inferior do útero e de-
e ser realizada pelo médico. Muitos mé-
licos crêem que o desnudamento não é
ecomendável por causa do risco de
ompê-las ou de causar infecção.

O ROMPIMENTO DA BOLSA D'ÁGUA EM PÚBLICO

"Vivo com medo de que as membranas se rompam em público."

Você não é a única a temer isso. A idéia de a "bolsa d'água" se romper num ônibus ou numa loja cheia de gente é tão aterradora para a maioria das mulheres quanto o é a possibilidade de se urinar em público. Conta-nos uma mulher que tão obcecada estava com essa preocupação que só saía de casa com um vidro de picles na bolsa, sempre pronta para deixá-lo cair no chão à primeira gotinha de líquido amniótico que pingasse.

Mas antes de você sair remexendo os armários da cozinha atrás de um vidro de conservas, convém saber duas coisas. Primeiro, o rompimento da bolsa antes de ter início o trabalho de parto é incomum — ocorre em menos de 15% das gestações. E depois do rompimento é pouco provável que o escoamento seja muito abundante, exceto quando você estiver deitada (coisa que dificilmente você vai fazer em público). Ao caminhar ou se sentar, a cabeça fetal tende a obstruir a abertura do útero, como uma rolha numa garrafa de vinho.

Segundo, caso a bolsa se rompa e o líquido amniótico jorre inesperadamente, tenha certeza de que os circunstantes não apontarão para você sacudindo a cabeça em desaprovação ou — ainda pior — não vão ficar rindo de viés. Ao contrário, ou vão lhe oferecer ajuda (e é o que você faria se visse alguém naquela situação) ou vão ignorá-la, discretamente. Lembre-se que, afinal, ninguém deixará de reparar que você está grávida e portanto não confundirá líquido amniótico com qualquer outra coisa.

Há mulheres, cujas membranas se rompem antes do parto, que nunca experimentam o jorro de líquido amnióti-

O Que Levar para o Hospital

Para a Sala de Trabalho de Parto e de Parto

- Este livro.
- Um relógio com ponteiro de segundos para cronometragem das contrações.
- Um rádio ou toca-fitas — para ouvir música que a acalente e a relaxe.
- Uma câmera, um gravador e/ou equipamento de vídeo, se você não confiar na memória para captar o momento (e se o regulamento do hospital o permitir).
- Talco, loções, óleos e todo o material de massagem que lhe convier.
- Um saco de papel pequeno, para respirar nele caso ocorra hiperventilação durante os exercícios respiratórios.
- Uma bola de tênis para a contramassagem firme caso apareçam dores nas costas.
- Pirulitos sem açúcar para manter os lábios úmidos (embora se recomendem docinhos e balas, eles só vão deixá-la com mais sede e mais desidratada).
- Meias grossas, em caso de frio nos pés.
- Escova de cabelo, se lhe agrada que alguém fique escovando os seus cabelos.
- Esponja de banho, embora às vezes o hospital a forneça (não trazer de cor branca para que não acabe indo parar na lavanderia do hospital).
- Um sanduíche ou um lanche para o marido (se o auxiliar desmaiar de fome, de nada vai ajudar).
- Uma garrafa de champanhe ou sidra com o seu nome no rótulo para comemorar (é só pedir à enfermeira para deixar na geladeira), embora, dependendo da hora do parto, talvez você fique mais a fim de um brinde com suco de laranja.

Para o Quarto do Hospital

- Um robe e/ou camisolas de dormir, se preferir usar as próprias às do hospital. Mas convém lembrar que, embora as mais bonitas nos estimulem os ânimos, podem se manchar permanentemente de sangue. O mesmo para os roupões de banho. O meio-termo seria o casaco de pijamas preferido para usar sobre a camisola do hospital. Ou a solução poderia ser levantar a camisola e o roupão acima da cintura todas as vezes em que se sentar ou deitar.
- Perfumes, talcos e tudo o que for refrescante.
- Material de banho: xampu, escova de dentes, pasta de dentes, loção (pode haver ressecamento da pele pela perda de líquidos), sabonete numa saboneteira, desodorante, escova de cabelos, espelho de mão, maquilagem e todos os demais produtos de beleza e de higiene convenientes.
- Absorventes íntimos, de preferência os adesivos, embora o hospital os forneça (absorventes hospitalares).
- Baralhos, livros (inclusive algum que ajude a escolher o nome do bebê, se o casal deixou a escolha para a última hora) e outros passatempos.
- Passas, nozes, biscoito integral e outros lanches para manter a saúde e o ritmo apesar da dieta do hospital.
- Roupas para voltar para casa, sabendo que a barriga ainda será um pouco grande.
- Roupinhas para o bebê ir para casa — um macacão, um conjunto de malha, camisas, sapatinhos, uma manta e agasalhos pesados ou cobertores se estiver tempo muito frio. As fraldas podem ser fornecidas pelo hospital, mas é bom levar algumas extras, por via das dúvidas.
- Um exemplar de um livro sobre bebês.

co quando ocorre a ruptura — em parte pelo efeito rolha, em parte pela inexistência de contrações a exprimir o líquido para fora. Só percebem um gotejamento, constante ou não.

O uso de absorvente ou de forro nas calcinhas durante as últimas semanas de gestação lhe dará sensação de segurança, além de evitar o incômodo caso aumente a secreção vaginal (leucorréia).

ALEITAMENTO

"Meus seios estão muito pequenos e os mamilos ainda achatados. Vou ser capaz de amamentar?"

No que concerne aos bebês famintos, a satisfação é encontrada seja qual for a embalagem. Os seios não têm que ser enormes ou afastados e abertos, e podem ser providos de quase qualquer tipo de mamilo — pequenos e achatados, grandes e pontudos, até mesmo invertidos. Todas as combinações de seios e mamilos têm a capacidade de produzir e de dar leite — cuja quantidade ou qualidade em nada depende do aspecto mamário externo. Lamentavelmente, em virtude das numerosas falácias e das velhas histórias a respeito de quais os tipos de seios mais ou menos capazes de satisfazer um bebê, muitas mulheres se vêem desestimuladas para o aleitamento.

Os mamilos invertidos que não ficam eretos com a estimulação sexual em geral precisam de um preparo especial antes do parto. O uso de "conchas" mamárias, existentes em muitas maternidades e em lojas de artigos para bebês, é a melhor forma de "pôr para fora" os mamilos invertidos ou retraídos. A princípio só devem ser usadas por breves intervalos pela manhã e à noite; gradualmente prolonga-se o tempo de uso, até usá-las o dia inteiro. O extrator de leite manual usado várias vezes por dia pode também ajudar a corrigir os mamilos retraídos, mas não use a bomba se estimular as contrações uterinas ou se você tiver grande risco de parto prematuro.

Há especialistas que recomendam que todas as mulheres que pretendem amamentar preparem os seios antecipadamente, retirando, por expressão, uma pequena quantidade de colostro diariamente desde o oitavo mês (embora nem todas sejam capazes disso) e tracionando, torcendo ou rodando os mamilos entre o indicador e o polegar — também diariamente — para enrijecê-los. Outros afirmam que para os mamilos o aleitamento vem naturalmente, sem preparação especial.

"Minha mãe diz que nessa época já tinha leite saindo dos seios; eu não tenho. Significa que não vou ter leite?"

A secreção fina, amarelada, que algumas mulheres conseguem recolher dos seios, ou que percebem escoar permanentemente, não é leite. É colostro, a substância que precede o leite. Mais rico em proteínas e menos rico em gorduras e em lactose (o açúcar do leite) do que o próprio leite humano, que surge dois ou três dias depois do parto, contém anticorpos que podem ser muito importantes para a proteção do bebê contra doenças.

Muitas mulheres, contudo, não apresentam o colostro de forma perceptível até depois do parto. (Mesmo então, talvez, não o percebam.) Não quer dizer que venham a ter ausência de leite ou dificuldades com a amamentação.

MATERNIDADE

"Agora que a chegada do bebê está tão próxima, começo a me preocupar com uma coisa: como vou cuidar dele? Eu nunca tive um filho..."

As mulheres não nascem mães, já sabendo instintivamente como ninar a criança que chora, como trocar uma fralda, como lhe dar um banho. A maternidade, ou a paternidade, se preferirem, é uma arte que se aprende, arte que requer muita prática para que a aperfeiçoemos — ou para torná-la quase perfeita. Há cem anos essa prática começava muito cedo, quando as meninas, ainda pequenas, aprendiam a cuidar das irmãzinhas menores — assim como aprendiam a fazer pão e a remendar meias.

Atualmente, é elevada a percentagem de mulheres que já na maioridade nunca amassaram farinha para fazer massa de pão, nunca pegaram numa agulha para cerzir uma meia e nunca pegaram num bebê — ou ficaram cuidando de um sozinhas. Seu treinamento como mães se fará na prática, com uma pequena ajuda de livros, revistas e, se tiverem sorte de encontrá-las no hospital local, aulas sobre cuidados com o bebê. O que significa que talvez durante as duas primeiras semanas o bebê irá mais chorar do que dormir, as fraldas vão vazar e lágrimas rolarão, quando teoricamente já deveriam ter acabado. Vagarosa porém firmemente, a nova mamãe vai, todavia, se sentindo como uma jogadora profissional, como uma veterana. As inseguranças cedem vez à confiança. O bebê que ela temia segurar (não vai quebrar?) é agora distraidamente apoiado num dos braços enquanto o outro põe a mesa ou passa o aspirador de pó. Dar gotinhas de vitamina, dar banhos, deitá-lo no berço com braços e pernas em contorção deixaram de ser provações. Tornaram-se tarefas secundárias — como todas as tarefas diárias da maternidade. E na pessoa que as executa já se vê a mãe que você — por mais difícil que possa parecer — também será.

Embora nada possa facilitar os primeiros dias com um primeiro bebê, o aprendizado antes do parto faz esses dias menos cansativos. Eis o que pode ajudar: visitar um berçário e ver os recém-chegados; segurar, trocar fralda e acalmar o bebê de uma amiga; ler sobre o primeiro ano do bebê; ou freqüentar curso apropriado.

O Que É Importante Saber: A Fase Premonitória, O Falso Trabalho de Parto, O Trabalho de Parto Verdadeiro

Na TV, sempre pareceu tão simples... Por volta das três da manhã, a gestante se senta na cama, põe a mão sábia no ventre, estende o braço até o marido que dorme e lhe diz, calma e serena: "Chegou a hora, meu bem."

Mas de que maneira, ficamos a imaginar, essa mulher sabe que chegou a hora? De que maneira percebe o início do trabalho de parto com essa frieza, com essa confiança clínica, sem *nunca* ter entrado antes em trabalho de parto? O que a deixa tão certa de que não vai chegar ao hospital, ser examinada pelo residente e constatar que o colo não se apagou, não se dilatou e que nada há a confirmar que a hora tenha chegado? Tão certa de que não vai ser mandada de volta para casa — em meio a risos abafados dos plantonistas noturnos —, tão grávida quanto chegou?

Do nosso lado da tela, o mais comum é acordarmos lá pelas três da manhã na mais completa incerteza. São mesmo as dores do trabalho de parto ou apenas as de Braxton Hicks? Devo acender a luz e começar a cronometrar? Devo acordar meu marido? Devo chamar o médico no meio da noite para informá-lo do que pode ser apenas um falso trabalho de parto? Se o fizer e não for a hora, não vou me tornar mais uma das alarmistas que quando de fato chega a hora do parto ninguém as leva a sério? Ou serei eu a única a não saber quando chega a hora? Será que vou sair tão atrasada para o hospital que vou acabar parindo num táxi? As dúvidas se multiplicam mais depressa do que as contrações.

O fato é que as mulheres, na grande maioria, por mais preocupadas que estejam, *não* erram ao chegar a hora do trabalho de parto. A grande maioria, por instinto, por sorte, pela força indubitável das contrações, se apresenta ao hospital nem cedo nem tarde demais: quase sempre na hora certa. Contudo, não há por que deixar as deliberações para o acaso. Ao se familiarizar previamente com os sinais da fase premonitória, do falso trabalho de parto e do trabalho de parto verdadeiro, a gestante estará eliminando preocupações e pondo ordem na confusão quando surgirem as contrações (será que são elas?).

Ninguém sabe exatamente o que desencadeia o trabalho de parto. Um conjunto de substâncias naturais produzidas pelo corpo, chamadas prostaglandinas (PGs), parecem ter participação importante no processo. As PGs produzidas pelo útero durante a gravidez sabiamente aumentam durante o trabalho de parto espontâneo; estimulam a atividade muscular uterina e desencadeiam a liberação de ocitocina pela hipófise, ambos fatores importantes no início do trabalho de parto. E os inibidores das prostaglandinas, como a aspirina, podem retardar o início do trabalho. É provável que seja uma combinação de fatores fetais, placentários e maternos que seja responsável pelo desencadeamento do trabalho de parto.

SINTOMAS DO PRÉ-PARTO (PERÍODO PREMONITÓRIO)

As mudanças físicas do pré-parto podem preceder o trabalho de parto verdadeiro por mais de um mês — ou então por pouco mais de uma hora. Caracteriza-se pelo início do apagamento e da dilatação cervical, que só o obstetra é capaz de confirmar, ao lado de uma ampla variedade de sinais afins que a gestante pode perceber:

Menor distensão abdominal e insinuação (encaixamento). Em algum momento entre as duas e as quatro semanas que precedem o começo do trabalho de parto em primíparas (mães pela primeira vez), via de regra o feto começa a descer até a pelve. Esse elemento de referência dificilmente ocorre na segunda ou na terceira gestação antes de iniciado de fato o trabalho de parto.

Aumento das sensações de pressão na pelve e no reto. As cólicas e as dores na virilha são particularmente comuns a partir da segunda gestação. Podem ocorrer também dores lombares baixas, persistentes.

Perda de peso ou parada do ganho de peso. Em geral, o ganho de peso se lentifica no nono mês; ao se aproximar o parto, há mulheres que perdem até mais de um quilo.

Modificação da energia. Há gestantes que no nono mês se sentem cada vez mais fatigadas. Outras sentem como que surtos de renovada energia. A compulsão

incontrolável de esfregar o chão e lavar peças de madeira se vincula ao "instinto de aninhar" — a mãe que prepara o ninho para a chegada dos filhotes.

Modificação da secreção vaginal. A secreção vaginal, por vezes, se espessa e aumenta.

Perda do tampão mucoso. A proporção que a cérvice começa a se apagar e a se dilatar, é desalojada a "rolha" de muco que sela o orifício uterino. Ora ocorre uma ou duas semanas antes das primeiras contrações verdadeiras, ora ao começar o trabalho de parto.

Secreção rosada ou sanguinolenta. Ao apagar-se e dilatar-se a cérvice, capilares se rompem com freqüência, tingindo o muco de sangue e conferindo-lhe uma tonalidade rosada. Isso significa que o trabalho de parto deverá começar em 24 horas — mas poderá só ter início depois de vários dias.

Intensificação das contrações de Braxton Hicks. Essas contrações se tornam mais freqüentes e mais vigorosas, até mesmo dolorosas.

Diarréia. Algumas mulheres apresentam diarréia pouco antes de ter início o trabalho de parto.

SINTOMAS DO FALSO TRABALHO DE PARTO

O trabalho de parto verdadeiro provavelmente não terá começado se:

- As contrações não forem regulares e não aumentarem em freqüência e em intensidade.
- A dor se localizar no baixo-ventre e não nas costas, embaixo.
- As contrações cederem se a gestante caminhar ou mudar de posição.
- A secreção, se houver, for acastanhada.[2] (Esta costuma decorrer de exame interno ou de relações sexuais nas últimas 48 horas.)
- Os movimentos fetais se intensificarem brevemente com as contrações.

SINTOMAS DO TRABALHO DE PARTO VERDADEIRO

Quando as contrações do pré-parto são substituídas por contrações mais fortes, mais dolorosas e mais freqüentes, surge a questão: "Será trabalho de parto falso ou verdadeiro?" Será provavelmente verdadeiro se:

- As contrações se intensificarem, ao inves de cederem, com a atividade e se não forem aliviadas por mudança de posição.
- A dor começa nas costas e se propaga à região inferior do abdome; pode também irradiar-se às pernas. As contrações podem lembrar outros tipos de mal-estar abdominal e se acompanhar de diarréia.
- As contrações se tornam progressivamente mais freqüentes e mais dolorosas, e via de regra (porém nem sempre) mais regulares. (Essa evolução não é absoluta — nem toda contração é necessariamente mais dolorosa ou mais prolongada que a anterior, mas de um modo geral sua intensidade cresce à proporção que progride o trabalho de parto. Nem a freqüência sempre au-

[2] A eliminação de sangue vermelho vivo pela vagina requer a consulta imediata com o médico.

menta a intervalos regulares, perfeitamente uniformes — mas aumenta.)

- Há secreção vaginal, ora rosada, ora tingida de sangue.

- A bolsa se rompe. Em 15% dos casos — quer com jorro, quer com gotejamento — as membranas se rompem antes de começar o trabalho de parto.

QUANDO CHAMAR O MÉDICO

Na dúvida, chame-o. Mesmo depois de conferir e reconferir as listas acima, talvez você ainda não tenha certeza do início do trabalho de parto verdadeiro. Não espere ter certeza — a menos que você esteja planejando um parto domiciliar. Chame o obstetra. Ele será capaz de lhe dizer, pelo som de sua voz ao telefone durante uma contração, se o trabalho é verdadeiro ou não. (Mas só se você não tentar encobrir a dor em nome da boa educação ou do estoicismo.) O receio de constrangimento caso se verifique que ainda não começou o trabalho de parto não deve impedir o telefonema ao médico. Se for alarme falso, ninguém vai ficar rindo. Não seria você a primeira a confundir-se com os sinais de trabalho de parto — e nem vai ser a última.

- Telefone a qualquer hora, do dia ou da noite, se todos os sinais indicarem que é preciso ir para o hospital. Não deixe que qualquer sentimento excessivo de culpa ou que suas maneiras polidas a impeçam de acordar o obstetra no meio da noite ou de o perturbar no seu final de semana com a família. As pessoas que trazem ao mundo bebês como meio de vida não esperam só ter de trabalhar das 9 às 17.

- O obstetra provavelmente já lhe disse para telefonar-lhe quando as contrações atingirem uma determinada freqüência — digamos, a intervalos de 5, 8 ou 10 minutos. Telefone quando pelo menos algumas das contrações forem freqüentes. Não espere por intervalos regulares — talvez eles nunca venham.

- O obstetra provavelmente já a instruiu para telefonar-lhe quando a bolsa se romper ou se você achar que já se rompeu, mesmo sem ter começado o trabalho de parto. Alguns dizem: "Se romper às 3 da madrugada, espere até de manhã." Outros mandam: telefonar imediatamente. Siga as instruções do obstetra, a menos que: a data provável do parto ainda esteja longe; você saiba que o bebê é pequeno e que não se insinuou (encaixou) na pelve (bacia); o líquido amniótico não seja claro, mas tingido de coloração castanho-esverdeada. Nesses casos, chame-o imediatamente.

- Não presuma que ao achar que não está em trabalho de parto de fato não esteja. Erre pelo lado da cautela: chame o médico.

14

O Trabalho de Parto e o Parto

Embora sejam necessários nove meses para se fazer um bebê, é numa questão de horas que os colocamos no mundo. Mas são essas horas que parecem ocupar mais o pensamento da maioria das gestantes — a maior parte das dúvidas, dos receios e das preocupações gira em torno dos processos envolvidos no trabalho de parto e no parto, muito mais do que em torno de qualquer outro aspecto da gravidez. Quando vai começar? Mas, sobretudo, quando vai terminar? Conseguirei tolerar a dor? Vou ter de fazer uso de clister? E de monitor fetal? E a episiotomia? E se eu não progredir no trabalho de parto? E se ele evoluir tão rápido que não seja possível chegar a tempo no hospital?

Você encontrará a resposta a essas perguntas e a tranqüilização ante o medo e as preocupações neste capítulo. Isso, ao lado do apoio de seu companheiro e dos que vão lhe atender durante o parto, sem esquecer que o trabalho de parto e o parto nunca foram mais seguros e nunca tiveram melhores condições de tratamento do que hoje — deve ajudá-la a preparar-se para quase tudo o que apareça no meio do caminho.

As Preocupações Comuns

DESPRENDIMENTO DO TAMPÃO MUCOSO

"Estou com um corrimento mucoso de cor rosada. Significa que o trabalho de parto vai começar?"

Ainda não mande o marido comprar os charutos. O desprendimento do tampão mucoso, acompanhado de pequeno sangramento que lhe confere uma coloração rosa ou castanha, é sinal de que a cérvice está se apagando e/ou dilatando e que o processo que conduz ao parto está começando. Mas é processo de horário imprevisível que a manterá em suspense até chegarem as primeiras contrações. Ora o trabalho de parto tem início uma, duas ou até mesmo três semanas depois, enquanto a cérvice continua a se dilatar gradualmente no correr

do tempo; ora tem início em menos de uma hora.

Caso a secreção se torne de repente de cor vermelho vivo ou pareça totalizar mais de 30 g é preciso chamar imediatamente o médico. O sangramento poderia indicar descolamento prematuro da placenta ou placenta prévia exigindo atendimento médico imediato.

RUPTURA DA BOLSA D'ÁGUA

"Acordei no meio da noite com a cama molhada. Será que urinei na cama ou foi a bolsa que se rompeu?"

É só dar uma cheiradinha ao lençol para saber. Se a mancha tiver odor adocicado e não de amoníaco, é provável que seja líquido amniótico. Outra pista: é provável que você ainda esteja eliminando o líquido amniótico, que é claro, cor de palha (e que não cessa, pois vai se renovando a intervalos de três horas até o parto). Ficando de pé ou sentada, contudo, a cabeça do bebê poderá atuar como rolha, impedindo o escoamento temporariamente.

Prossiga ou não o escoamento, se você suspeitar do rompimento da bolsa, entre em contato com o médico. Até falar com ele, aja como se a bolsa tivesse de fato rompido (ver adiante).

"A bolsa rompeu mas não sinto nenhuma contração. Quando vai começar o trabalho de parto, e o que fazer até lá?"

A maioria das gestantes cuja bolsa rompe antes do trabalho de parto sente as primeiras contrações num prazo de 12 horas; para as outras o prazo é de 24 horas. Cerca de 1 entre 10, contudo, custam mais para entrar nele. Como com o passar do tempo o risco de infecção para o bebê e/ou para a mãe através da bolsa rota aumenta, os médicos, na grande maioria, induzem o trabalho de parto com ocitocina nas primeiras 24 horas do rompimento se a gestante estiver perto da data prevista, embora alguns esperem até 6 horas para induzi-lo. Pesquisas recentes mostram que, quando a gravidez chega a esse ponto, não há vantagem em retardar a indução por mais de 24 horas e uma desvantagem clara: o maior risco de infecção (ver p. 404)

Se você sentir um fio d'água ou um jorro de líquido pela vagina, chame o médico ou a parteira. Enquanto isso, mantenha a região vaginal o mais limpa possível, para evitar infecção. Não tome banho nem mantenha relações sexuais; use absorventes higiênicos (sem inseri-los na vagina) para absorção do líquido amniótico; não tente fazer seu próprio exame interno; e limpe-se da frente para trás ao ir ao toalete.

Em raras ocasiões, no rompimento prematuro da bolsa (quase sempre a apresentação é pélvica ou o bebê prematuro), quando a parte de apresentação ainda não se insinuou na pelve, o cordão umbilical sofre "prolapso" — desliza para o colo do útero (a cérvice) ou até mesmo na vagina, com um jorro de líquido amniótico. Se você enxergar uma alça de cordão umbilical aparecendo na abertura vaginal, ou achar que tem alguma coisa dentro da vagina, consulte a p. 405 e busque imediatamente o auxílio médico.

LÍQUIDO AMNIÓTICO ESCURO (TINGIDO DE MECÔNIO)

"A bolsa se rompeu e a cor do líquido é castanho-esverdeada. O que significa?"

O líquido amniótico está provavelmente tingido de mecônio, substância de cor castanho-esverdeada. Habitualmen-

te, o mecônio é eliminado após o nascimento como a primeira evacuação do bebê. Mas, às vezes — sobretudo quando há sofrimento fetal no útero e principalmente quando o bebê é pós-maturo, ou seja, "passa do tempo" —, ele é eliminado antes do nascimento, turvando o líquido amniótico.

O líquido tingido de mecônio não é isoladamente sinal inequívoco de sofrimento fetal, mas, como levanta essa possibilidade, cumpre notificar imediatamente o médico.

INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

"Meu obstetra quer induzir o trabalho de parto. Estou chateada porque queria um parto natural."

Embora alguns médicos de 20 anos atrás julgassem medida segura induzir rotineiramente o trabalho de parto nas pacientes para que o nascimento se fizesse em momento mais oportuno, os médicos de hoje dificilmente o induzem sem uma boa razão. Nos EUA isso decorreu em parte em virtude da desaprovação oficial — pela Food and Drug Administration — do uso eletivo (ou seja, não absolutamente necessário) da ocitocina, o medicamento com que hoje se induz o trabalho de parto, e em parte por receio dos processos judiciais, que lá se tornaram comuns quando alguma coisa sai errada. Mas o principal motivo é porque se passou a admitir que, sempre que possível, o melhor é deixar que a natureza siga o seu próprio curso.

Em cerca de 1 a 3 partos, entretanto, a natureza pode precisar de um empurrãozinho. Há várias situações em que é necessário extrair o feto antes da natureza mostrar-se disposta a assim proceder. Em alguns casos, a cesariana é a melhor forma de ajudá-la. Noutros, quando o tempo não é essencial, quando tanto a mãe quanto o bebê podem tolerar o estresse do trabalho de parto, e quando o médico tem razões para supor que o parto vaginal será possível, a indução costuma ser a primeira escolha. Por exemplo:

- Quando o trabalho de parto é fraco ou aleatório, ou se deteve.
- Quando o feto deixou de crescer (por nutrição insuficiente, por disfunção placentária, por pós-maturidade, ou por qualquer outro motivo) e é maduro o suficiente para passar bem fora do útero.
- Quando a prova tocométrica com ou sem ocitocina sugere que a placenta não esteja mais funcionando em condições ideais, e o ambiente uterino não é mais sadio.
- Quando ocorre o rompimento prematuro da bolsa a termo (ver p. 404).
- Quando a gravidez já ultrapassou uma ou duas semanas da data prevista, considerada correta (ver p. 302).
- Quando a mãe tem diabetes e a placenta está deteriorando prematuramente, ou quando receia-se que o bebê será muito grande — terá parto difícil — se levado ao termo.
- Quando a mãe tem pré-eclâmpsia (toxemia) que não possa ser controlada com repouso no leito e medicação, e o parto é necessário para o seu próprio bem ou para o bem do bebê.
- Quando a mãe sofre de doença aguda ou crônica, como pressão alta ou doença renal, que ameace o bem-estar próprio ou o do bebê se a gravidez continuar.

- Quando o feto é afligido por grave doença Rh que necessite de parto precoce.

Ocasionalmente, tudo o que é necessário para induzir o trabalho de parto é que o médico rompa artificialmente as membranas (bolsa das águas) que circundam o feto. Se a cérvice não estiver madura, pode-se ministrar medicação analgésica durante esse procedimento. Alguns médicos darão à mãe uma dose de óleo mineral e/ou fazem-na tentar a estimulação do mamilo para manter as contrações. Podem-se usar supositórios ou gel de prostaglandina E_2 para ajudar a amadurecer a cérvice. Mas na maioria dos casos, a administração de ocitocina revela-se necessária para ativar de forma consistente o útero.

A ocitocina é um hormônio produzido naturalmente pela hipófise materna durante a gravidez. Ao evoluir a gravidez, o útero se torna mais e mais sensível ao hormônio, embora não esteja claro se desempenha papel significativo no desencadeamento do trabalho de parto natural. Sabe-se que o hormônio pode ser liberado pela gestante quando os mamilos são estimulados, fazendo com que o útero se contraia — por isso que a estimulação mamilar ajuda a desencadear o trabalho de parto. A administração de ocitocina (vários nomes comerciais), entretanto, é um método mais confiável de indução. Quando a cérvice estiver madura, a droga é capaz de iniciar um trabalho de parto que simula o que ocorre naturalmente. Quando não estiver madura, a indução pode ser realizada (desde que haja tempo) durante dois ou três dias, para permitir o amadurecimento gradual. Pode-se também amadurecer a cérvice com prostaglandina E_2 ou abri-la manualmente mediante dilatadores graduados antes de dar início à indução. Esses procedimentos podem melhorar as chances de parto vaginal espontâneo no prazo de 24 horas.

Para induzir o trabalho de parto, administra-se a ocitocina através de gotejamento IV intravenoso com uma bomba de infusão. Essa é a via mais segura e simples para se controlar a velocidade de infusão. Faz-se uma punção no braço ou no dorso da mão com agulha, conectada por tubo a dois frascos de soro. Um contém soro simples de infusão intravenosa, o outro contém a ocitocina. Administrando-se a ocitocina no primeiro tubo através de bomba infusora, é possível controlar com exatidão a dosagem. Em geral a indução começa vagarosamente, sendo muito pequena a infusão de hormônio e controlando-se as reações do útero e do feto com atenção. (O médico ou a enfermeira ficarão a postos o tempo todo durante a indução.) Aumenta-se gradualmente a velocidade de infusão até que se estabeleçam contrações eficazes. Caso o útero da gestante se mostre muito sensível ao medicamento e seja hiperestimulado, produzindo contrações muito prolongadas ou muito vigorosas, por esse método consegue-se reduzir ou suspender inteiramente a infusão, bastando nesse último caso passar para o gotejamento apenas do frasco com soro sem medicamento.

As contrações costumam começar depois de 30 minutos em mulheres que estão perto do termo. São em geral mais regulares e mais freqüentes do que as naturais, desde o início. Se depois de seis ou oito horas de administração de ocitocina o trabalho de parto não começou ou não evoluiu, o procedimento provavelmente será interrompido em favor de uma conduta alternativa, em geral a cesariana. O tratamento pode também ser interrompido se as contrações estiverem bem estabelecidas e prosseguirem por conta própria.

A indução do trabalho de parto é inapropriada quando o parto imediato se faz necessário ou quando há dúvida de que o feto possa atravessar a pelve materna; o procedimento também é evita-

do quando a placenta está próxima da abertura uterina ou sobre ela (placenta prévia), quando se crê que a gestante esteja em falso trabalho de parto e, em geral, nas que já tiveram cinco ou mais partos pregressos ou que exibem uma cicatriz vertical de prévia cesariana, já que nesse caso é maior o risco de ruptura uterina. Alguns médicos também não tentam a indução na gravidez gemelar ou na apresentação pélvica. O American College of Obstetricians and Gynecologists recomenda que quando se induza o trabalho de parto com ocitocina o médico esteja preparado para realizar cesariana de emergência, se for necessária.

Para algumas mulheres, o início repentino do trabalho de parto induzido é desagradável: algumas se sentem ludibriadas pela duração abreviada de sua vivência no trabalho de parto. Já outras gostam. Com o marido (como instrutor) do lado seguem em seu trabalho de parto induzido como se fosse natural, usando de todos os exercícios respiratórios e de outros mecanismos aprendidos nos cursos preparatórios. E assim pode ser para qualquer pessoa que se lembre que trabalho de parto, não importa como desencadeado, é sempre trabalho de parto.

TRABALHO DE PARTO ABREVIADO

"O trabalho de parto abreviado pode ser prejudicial para o bebê?"

Nem sempre o trabalho de parto abreviado é tão breve quanto parece. Muitas vezes a gestante vinha apresentando contrações indolores durante horas, que vinham dilatando-lhe o colo uterino gradualmente. Por ocasião da primeira contração percebida, ela já está em plena fase de transição, a última antes do parto propriamente (ver as fases do parto, que começam à p. 330). Essa espécie de trabalho de parto, com lento desenvolvimento e rápido desenlace, decerto não cria maiores dificuldades para o feto, podendo ser até menos estressante do que o trabalho de parto habitual, com uma média de 12 horas de duração.

Por vezes, a cérvice se dilata muito rapidamente, fazendo em questão de minutos o que a maioria das cérvices (sobretudo a das primíparas) leva horas para fazer. Mas mesmo nesse trabalho de parto abrupto, precipitado (que dura três horas ou menos do princípio ao fim), raramente surge risco para o bebê. Não há evidências a corroborarem a noção de que o feto precisa passar por um período mínimo de trabalho de parto para chegar ao mundo em boas condições.

Às vezes, entretanto, o trabalho de parto muito rápido priva o feto de oxigênio e de outros gases necessários, ou causa laceração ou alguma outra lesão da cérvice, da vagina ou do períneo materno. Portanto, se o trabalho de parto parece começar muito de repente — com contrações fortes e muito próximas — vá rapidamente para o hospital. A medicação pode ser útil para desacelerar as contrações um pouco e aliviar a pressão sobre o feto e sobre o seu próprio corpo.

QUANDO TELEFONAR PARA O MÉDICO DURANTE O TRABALHO DE PARTO

"Comecei a sentir as contrações, que vinham a intervalos de três ou quatro minutos. Acho todos telefonar para o médico, que me disse para passar as primeiras horas do trabalho de parto em casa."

As gestantes que pela primeira vez vão ser mamães (cujo trabalho de parto tem início lento, com crescimento gradual das contrações) *podem* ficar muitas horas ainda em casa. Mas se as contrações

começarem a ficar muito fortes — durando menos de 45 segundos e vindo em intervalos inferiores a 5 minutos — e/ou se esta não é a sua primeira vez, talvez estejam no decurso da última hora antes do parto. É possível que a primeira fase do trabalho de parto tenha transcorrido sem dor, e que a cérvice se tenha dilatado bastante durante aquele período. Isso significa que não telefonar para o médico — com risco de uma correria dramática para o hospital no último minuto — parece maior tolice do que pegar o telefone já.

Mas antes de chamá-lo é melhor cronometrar várias contrações sucessivas. Seja clara e específica quanto à freqüência, à duração e à força quando conversar com ele. Não tente minimizar o incômodo descrevendo-as com esforço para aparentar calma. (Os obstetras costumam saber qual a fase do trabalho de parto pelo som da voz da mulher ao falar durante uma contração.)

Se você se sentir pronta, mas o médico parecer não pensar da mesma forma, não aceite "espere" como resposta. Peça para ir ao hospital e confirmar o andamento do processo. (Ver Quando Chamar o Médico, p. 311, Fase Premonitória, Falso Trabalho de Parto, Trabalho de Parto Verdadeiro, p. 308.) Pode levar a mala já preparada "por via das dúvidas", mas esteja pronta para voltar para casa se a dilatação apenas começou.

TRABALHO DE PARTO COM FORTES DORES NAS COSTAS

"A dor nas costas desde que começou o trabalho de parto é tão forte que não sei como vou suportar o parto."

Do ponto de vista técnico, o "trabalho de parto posterior" ocorre quando o feto se acha em posição posterior (occipitoposterior), com o dorso da cabeça comprimindo o sacro da mãe — limite ósseo posterior da bacia. É possível, no entanto, sentir fortes dores lombares quando o bebê não se acha numa dessas posições, ou mesmo depois ter se virado da posição posterior para uma posição anterior — possivelmente por ter a região se transformado em foco de tensão.

Nesses casos — cuja dor costuma não ceder no intervalo entre as contrações e que durante estas se torna excruciante — a causa do problema não é de fato questão crucial. A questão é como aliviá-la, mesmo que só um pouquinho. Várias medidas podem ajudar; vale a pena ao menos tentar:

- Tire a pressão das costas. Tente mudar de posição — caminhar (embora talvez não seja humanamente possível em vista das contrações que se amiudam e se tornam violentas), ficar de cócoras, ficar de quatro, ou em qualquer posição que alivie o incômodo e a dor. Em caso de não ser possível mover-se, sendo melhor deitar-se, convém deitar de lado, bem encurvada.

- Poderá ser aplicado calor (bolsa de água quente envolta em toalha, compressas quentes) ou frio (sacos de gelo, compressas frias) — o que melhor convier.

- Fazer contrapressão. Peça ao seu acompanhante que experimente aplicar pressão na área de dor de diferentes formas, ou nas regiões vizinhas, na busca de alguma que pareça aliviar. Ele poderá tentar fazê-lo com os nós dos dedos, com a parte convexa da palma, junto ao polegar e ao punho, reforçando a pressão com a outra mão por sobre a primeira — quer fazendo compressão direta, quer fazendo movimento circular firme. A pressão pode ser exercida com você sentada ou

deitada de lado. O alívio propiciado pela contrapressão realmente intensa será bem-vindo e justifica as manchas roxas que aparecerão no local no dia seguinte.

- Usar *do-in*. Trata-se provavelmente da forma mais antiga de alívio da dor — e não é preciso ser chinês para tentá-lo. No caso das dores lombares, consiste em aplicar com um dedo pressão firme num ponto da sola do pé: logo abaixo do centro do antepé.

- Massagear agressivamente a área. Poderá propiciar alívio em lugar da contrapressão, ou alternadamente com ela. Pode-se empregar uma bola de tênis para uma massagem bem firme (embora provavelmente vá deixá-la um pouco dolorida depois). O uso periódico de talco ou de óleo evita a irritação.

CONTRAÇÕES IRREGULARES

"No curso de pré-natal nos foi dito para não irmos ao hospital até que as contrações fossem regulares e a intervalos de cinco minutos. As minhas já estão vindo em menos de cinco minutos, mas não são regulares. Não sei o que fazer."

Assim como não há duas mulheres que tenham as mesmas impressões digitais, não há duas também que passem por idêntico trabalho de parto. O trabalho de parto descrito nos livros, nas aulas do pré-natal ou no consultório do médico é o trabalho de parto típico — o mais próximo do que muitas mulheres poderão vivenciar. Mas qualquer que seja o trabalho de parto, ele estará sempre longe do que se acha explicitado em livros, com contrações regularmente espaçadas e previsivelmente progressivas.

Se você estiver sentindo contrações fortes, prolongadas (de 40 a 60 segundos) e freqüentes (a intervalos de cinco minutos ou menos), mesmo que variem consideravelmente na duração e no tempo decorrido entre elas, não espere que se tornem "regulares" para telefonar para o médico ou ir para o hospital — não importa o que você tenha lido ou ouvido. É possível que as contrações já tenham atingido o grau máximo de "regularidade" e que você já tenha ingressado na fase "ativa" do trabalho de parto. Não hesite em telefonar para o médico e ir para o hospital; quem hesitar numa situação dessas poderá acabar fazendo parto domiciliar não planejado.

NÃO CHEGAR AO HOSPITAL A TEMPO

"Receio não chegar no hospital a tempo."

Felizmente, é na televisão e no cinema que ocorre a maioria dos partos-surpresa. Na vida real, dificilmente ocorrem partos sem uma abundância de avisos prévios. Mas de vez em quando, a mulher que nem sequer experimentou as dores do trabalho de parto, ou que as sentiu tão-somente de forma vaga e fortuita, sente repentinamente uma fortíssima necessidade de "empurrar para baixo", uma urgente "vontade de espremer" — e não raro a entende como vontade de ir ao banheiro.

Por via das dúvidas, se você for uma dessas gestantes, é boa idéia que você e seu marido se familiarizem com os fundamentos do parto domiciliar de emergência (ver pp. 320 e 323). Mas não passe muito tempo se preocupando com essa remotíssima possibilidade.

LAVAGEM INTESTINAL (ENEMA)

"Ouvi dizer que a lavagem intestinal no início do trabalho de parto não é na verdade necessária, e que interfere com o parto natural."

A lavagem intestinal, até há pouco tempo, não era questão de escolha. Era feita rotineiramente no princípio do trabalho de parto, como parte do procedimento de internação hospitalar. A teoria que prevalecia, e ainda prevalece em alguns hospitais, é de que o esvaziamento do intestino antes do parto elimina a possibilidade de a matéria fecal que se encontra no reto servir de obstáculo à descida do bebê, através do canal de parto, e evita a contaminação do ambiente esterilizado em que vai nascer o bebê pela evacuação involuntária durante a força expulsiva na fase ativa do trabalho. Além disso, essa precaução evita o "constrangimento" da parturiente e diminui a sua inibição nos esforços expulsivos.

Essas teorias não estão muito em voga hoje em dia. Admite-se que a compressão do canal do parto não seja de fato um problema se a mulher tiver evacuado nas últimas 24 horas, ou se não for palpada massa fecal dura ao exame interno do reto. Além disso, o uso, durante o parto, de coxins de gaze esterilizados e descartáveis para remover a matéria fecal praticamente elimina o risco de contaminação do feto. Segundo determinadas pesquisas, a possibilidade de infecção neonatal por microrganismos intestinais é em tese remotíssima; outras pesquisas sugerem que as próprias lavagens intestinais podem de fato aumentar risco de infecção. Por essas razões, a maioria dos hospitais abandonou a lavagem intestinal rotineira; outros ainda a adotam.

Se o hospital onde você vai ter o filho ainda a segue, e essa é uma perspectiva que não a encanta, discuta a questão com o obstetra antes do trabalho de parto. Se você manifestar forte convicção de que não quer a lavagem, é possível que ele a atenda. (Mas tenha certeza de que a decisão ficará a cargo da equipe obstétrica.) Por outro lado, se lhe parecer maior incômodo a perspectiva de evacuar à mesa de parto (embora a lavagem não garanta que isso não aconteça), não deixe que ninguém a force a aceitar a idéia de que a lavagem é antinatural e desnecessária. Caso faça um planejamento, inclua neste suas preferências (ver p. 263).

Talvez prefira fazer você mesma a lavagem em casa, ainda no início do trabalho de parto. No entanto, feita em casa ou no hospital, a lavagem com água morna pode ajudar também fortalecendo contrações fracas e dando um empurrãozinho no trabalho de parto.

Parto de Emergência a Caminho do Hospital

1. Se você estiver no seu carro e notar que o parto é iminente, parar e saltar. Chamar por auxílio em telefone público, se possível. Caso contrário, sinalizar com o pisca-pisca e tentar conseguir socorro. Se alguém parar, peça para chamar uma ambulância. Em táxi, pedir ao motorista para chamar por ajuda.

2. Se possível, ajudar a mãe no banco de trás. Estenda debaixo dela um casaco, uma jaqueta ou cobertor. Então proceda como à p. 323. Tão logo se complete o parto, corra até o hospital mais próximo.

Tudo isso talvez não passe de mera questão acadêmica, no entanto se o trabalho de parto já tiver começado, como acontece em muitos casos, com evacuações diarréicas ou freqüentes que esvaziam o cólon de forma eficaz; ou se você chegar ao hospital já na fase ativa do trabalho de parto, com contrações tão próximas que é quase impossível à equipe médica vestir em você o avental e muito menos fazer a lavagem.

RASPAGEM DOS PÊLOS PÚBICOS

"A idéia de raspar os pêlos púbicos não me agrada. É obrigatório?"

Embora a raspagem ainda seja, em muitos hospitais, rotina na preparação para o parto, ela vem sendo utilizada cada vez menos. Na maioria das vezes é feita porque sempre foi feita, e não porque seja necessária. Pensava-se há algum tempo que os pêlos púbicos alojassem bactérias capazes de contaminar o bebê ao sair do canal vaginal. Mas como antes do parto toda a região vaginal é lavada com solução anti-séptica, torna-se improvável uma infecção dessa espécie. E, com efeito, algumas pesquisas revelaram um índice de infecções *mais elevado* entre as parturientes com pêlos raspados do que entre as demais, provavelmente porque os pequeninos talhos — às vezes microscópicos — que não raro são produzidos nas raspagens mais cuidadosas podem servir de excelente meio de cultura para o desenvolvimento de bactérias. Do ponto de vista das mulheres, a humilhação de raspar-se e a queimação e a coceira no pós-parto, quando tornam a crescer os pêlos, são outras razões de objeção ao procedimento.

Há médicos que sentem que a raspagem facilita a episiotomia e a reparação, propiciando uma área de ação mais limpa. Mas também para eles é mais questão de hábito do que de convicção. Cresce o número de médicos que fazem e fecham episiotomias sem a raspagem — seja prendendo os pêlos com pinças, seja afastando-os à medida que trabalham.

A raspagem vai depender dos métodos do médico e da rotina do hospital onde será feito o parto. Cada vez mais se torna uma decisão sobre a qual a parturiente passa a ter controle, pelo menos. Não espere chegar ao hospital, no entanto, para manifestar a sua opinião. Discuta

Parto de Emergência Quando se Está Sozinha

1. Tentar permanecer calma.

2. Chamar serviço de emergência. Comunicar o médico.

3. Encontrar um vizinho ou alguém para ajudar, se possível.

4. Evitar os esforços expulsivos — soprar, respiração ofegante.

5. Lavar as mãos e a região perineal, se puder.

6. Estender toalhas, lençóis (limpos) ou jornais na cama, no sofá ou no chão: deitar à espera do auxílio.

7. Se, apesar dos seus esforços, o bebê vier antes do auxílio, dar início ao parto, devagar, fazendo os esforços expulsivos sempre que sentir premência, aparando-o com as mãos.

8. Prosseguir com as instruções de 10 a 14 do quadro da p. 323, da melhor maneira que você puder.

a questão com o médico antes do trabalho de parto. Inclua suas preferências no planejamento (ver p. 263).

Se o obstetra ou o hospital insistirem na raspagem, peça para que só raspem o que for absolutamente necessário. A raspagem tão-somente da área de uma possível incisão costuma ser suficiente. Outra possibilidade, sobre a qual convém falar com o médico, é a parturiente ser raspada pelo próprio marido em casa, e não no hospital.

ADMINISTRAÇÃO DE LÍQUIDOS POR VIA INTRAVENOSA

Quando fomos visitar o hospital, vi uma mulher numa cadeira de rodas e com um soro pendurado sendo levada para a sala de partos. Isso é necessário em caso de parto natural?"

Graças às inúmeras reprises do filme *MASH* e das novelas de TV, rapidamente associamos o gotejamento de soro na veia com feridos graves, heroínas com doenças fatais, e heróis violentamente espancados por amantes ciumentas. Mas é difícil associar o soro na veia com o parto normal.

Contudo, muitos hospitais usam-no de rotina: é uma forma simples de ministrar à parturiente, durante o trabalho de parto, uma solução com nutrientes. Isso se faz em parte para que haja certeza de que a mulher não vai se desidratar por falta de líquidos ou enfraquecer por falta de alimento durante o trabalho de parto, em parte para que se tenha fácil acesso ao sistema venoso caso surja necessidade de usar certos medicamentos (que são então injetados no frasco ou na borracha do soro, e não na paciente). Nessas ocasiões, o soro é apenas medida cautelar.

Há médicos e parteiras, por outro lado, que preferem aguardar até que surja clara necessidade de usá-los — por exemplo, quando o trabalho de parto é prolongado e a parturiente vai se debilitando. Verifique antecipadamente a conduta do obstetra, e em caso de forte objeção ao emprego do soro, convém informá-lo. Poderá ser possível adiar-lhe o uso até que apareça a necessidade, se esta surgir.

Se a conduta do médico é adotar o soro endovenoso rotineiramente e não houver espaço para discussão, ou se acabar surgindo necessidade, não se desespere. O incômodo é pequeno ao ser colocada a agulha, e depois mal é percebido. Quando pendurado em suporte móvel, é possível ir ao banheiro ou caminhar um pouco com ele. (Se, em qualquer momento, a área tornar-se dolorida, informe ao médico ou enfermeira.)

Embora nem sempre se possa tomar a decisão de usar ou não soro, a mulher tem o direito de saber o que vai ser infundido na veia. Pergunte à enfermeira ou ao médico que o colocarem. Ou peça ao seu parceiro para, durante o trabalho de parto, olhar o rótulo no frasco. Por vezes prescrevem-lhe medicação que você não deseja tomar e sem ser consultada. Nesse caso, peça logo para falar com o médico.

MONITORIZAÇÃO FETAL

"Meu médico é favorável à monitorização fetal em todos os partos. Ouvi dizer que a monitorização pode levar a operações cesarianas desnecessárias e também tornar o trabalho de parto mais incômodo."

Para quem passou os primeiros nove meses de vida nadando tranqüilamente no líquido amniótico, morno e confortador, a viagem pelos estreitos confins da bacia materna não vai ser uma jornada alegre. O bebê vai ser apertado, deformado, comprimido e empurrado a cada contração.

É por haver um elemento de risco nessa estressante jornada — e não para promover maior incômodo à parturiente ou para conduzi-la a cesariana desnecessária — que os monitores fetais ganharam larga utilização. Em alguns hospitais, todas as parturientes são monitorizadas eletronicamente. Em praticamente todos os hospitais, pelo menos metade das pacientes — sobretudo as incluídas em categorias de alto risco, que apresentam líquido amniótico tingido de mecônio, que fazem uso de ocitocina ou que passam por trabalho de parto difícil — é monitorizada eletronicamente.

O monitor fetal afere as respostas do bebê, através de seu batimento cardíaco, às contrações uterinas. O leitor dos mostradores do monitor e dos traçados será capaz de identificar possíveis sinais de estresse e de sofrimento fetal através do afastamento das reações normais ao trabalho de parto. Às vezes, soa um alarme quando surgem tais variações. A monitorização pode ser externa ou interna:

Monitorização externa. Nesse tipo, usado com frequência, dois dispositivos são afixados ao abdome. Um, o transdutor ultra-sônico, capta o batimento fetal. O outro, um medidor de pressão, mede a intensidade e a duração das contrações uterinas. Ambos são ligados a um monitor que mostra ou imprime as leituras. Isso não quer dizer que a parturiente precise ficar confinada ao leito, ligada à máquina, como um monstro Frankenstein, durante horas a fio. Na maioria dos casos, só se faz necessária a monitorização intermitente, e a parturiente pode se levantar e caminhar no intervalo entre as leituras. Alguns hospitais estão equipados com monitores portáteis que podem ser presos à roupa da paciente, permitindo-lhe completa liberdade para passear pelos corredores do hospital sem deixar de enviar informações sobre o bem-estar do bebê para a beira do leito ou o posto de enfermagem.

Durante a segunda fase do trabalho de parto (de movimentos de expulsão), quando as contrações se tornam tão rápidas e violentas que algumas mulheres ficam sem saber quando "empurrar para baixo" e quando não, o monitor permitirá indicar com exatidão o início e fim de cada contração. O uso do monitor pode, no entanto, ser abandonado nesse estágio, de sorte a não interferir na concentração da parturiente. Nessa eventualidade, o batimento fetal será verificado periodicamente com um estetoscópio.

Monitorização interna. Quando se fazem necessários resultados mais precisos — como por exemplo, ao se suspeitar de sofrimento fetal —, pode ser usado o monitor interno. Como o elétrodo que lê o batimento cardíaco fetal é afixado ao couro cabeludo do concepto através da cérvice, a monitorização interna só é possível depois que o colo tiver se dilatado em pelo menos 1 ou 2 cm e as membranas se romperem. As contrações podem ser medidas seja com o medidor de pressão fixado ao abdome materno, seja com um cateter (tubo plástico) cheio de líquido inserido no útero. Como o monitor interno não pode ser desconectado e reconectado periodicamente, a parturiente se vê um pouco limitada em sua mobilidade — mas as mudanças de posição são possíveis.

Às vezes a monitorização interna faz uso da telemetria, que lê e transmite os sinais mediante ondas de rádio. Essa técnica, cujo advento se deu com o programa espacial, permite a monitorização da paciente sem que ela fique ligada ao equipamento por meio de fios. Com a telemetria, a mobilidade é completa — a parturiente pode mudar para qualquer posição que achar mais cômoda, ir ao banheiro, e até dar caminhadas.

Como qualquer procedimento médico invasivo (que entra ou penetra no corpo), a monitorização fetal interna envol-

Parto Domiciliar de Emergência (ou no Consultório)

1. Tentar manter a calma. Lembre-se de que mesmo que você não tenha conhecimentos sobre parto, o corpo da mãe e o bebê podem fazer a maior parte do trabalho sozinhos.

2. Chamar por telefone o serviço de emergência. Comunicar o obstetra ou a parteira.

3. Dar início à respiração ofegante para evitar os esforços expulsivos.

4. Durante todos os preparativos e o parto, é preciso confortar e tranqüilizar a parturiente.

5. Se houver tempo, lavar a região vaginal e as mãos com detergente ou com água e sabão.

6. Se não houver tempo de chegar a uma cama ou a uma mesa, colocar jornais, toalhas limpas ou qualquer pano limpo dobrado sob as nádegas, assegurando uma certa altura para a saída dos ombros do bebê.

7. Se houver tempo, coloque a mãe na beira da cama (ou de uma escrivaninha ou de uma mesa), com as nádegas um pouco para fora e as mãos sob as coxas para mantê-las elevadas. Duas cadeiras, se disponíveis, servirão de apoio para os pés.

8. Proteger as superfícies da área de parto, se possível, com panos, jornais, toalhas de mesa de plástico, lençóis etc.
Uma panela ou bacia pode ser usada para recolher o líquido amniótico e o sangue.

9. Ao aparecer o vértice da cabeça do bebê, instruir a parturiente para ofegar ou soprar (não fazer esforços expulsivos, não "espremer") e aplicar ligeira contrapressão à cabeça para evitar a sua exteriorização brusca. Deixá-la emergir gradualmente — nunca tracioná-la ou puxá-la. Se houver uma alça de cordão umbilical em torno do pescoço do bebê, enganchar um dedo sob a alça e, delicadamente, tentar liberá-la por sobre a cabeça.

10. Após desprender a cabeça, passar delicadamente a mão nas laterais do nariz para baixo e limpar o pescoço e o queixo também com a mão em movimento para cima — manobra que ajuda a eliminar o muco e o líquido amniótico do nariz e da boca.

11. Agora segure a cabeça com delicadeza nas duas mãos e pressione-a um pouco para baixo (não puxe), pedindo à mãe para espremer (esforço expulsivo) ao mesmo tempo, a fim de desprender a espádua anterior. Ao aparecer a região superior do braço, levantar a cabeça com cuidado, tentando desprender a espádua posterior. Uma vez liberadas as espáduas, o restante do corpo do bebê deverá deslizar com facilidade.

12. Enrole rapidamente o bebê em cobertores, toalhas ou o que houver disponível (preferivelmente um pano limpo; alguma coisa que tenha sido recentemente passada a ferro é relativamente estéril).
Coloque-o no abdome da mãe, ou, se o cordão for suficientemente longo (não o puxe), junto ao peito materno.

13. Não tentar extrair a placenta. Mas se ela vier antes de a ambulância chegar, envolva-a em jornais ou numa toalha e mantenha-a elevada, acima do nível da cabeça do bebê, se possível. Não há necessidade de tentar cortar o cordão.

14. Manter mãe e criança aquecidas e em comodidade até que chegue auxílio.

ve alguns riscos — principalmente de infecção. Em algumas ocasiões, o bebê apresenta depois uma erupção, ou às vezes um abscesso, no local de colocação do elétrodo, ou ainda, só que muito raramente, poderá ficar com uma mancha sem cabelos permanente. Pode também ser possível que a inserção do elétrodo cause dor ou incômodo momentâneo ao bebê. Em virtude dos riscos, embora pequenos, a monitorização fetal interna só deve ser feita quando os benefícios forem significativos.

Se o monitor fetal soar o alarme, indicando problemas, não entre em pânico. A tecnologia está muito distante da perfeição: a máquina muitas vezes gera falsas leituras. Às vezes, simplesmente não funciona direito; noutras, há erro de leitura. Quase sempre a leitura anormal da freqüência cardíaca fetal é resultado da posição da mãe, pressionando o cordão umbilical do bebê ou a veia cava e interferindo com o fluxo de sangue para o feto. A mudança de posição muitas vezes corrige o problema. Se a causa for a administração de ocitocina, a redução da dosagem ou o término da infusão geralmente o eliminará. O uso de oxigênio pela mãe também pode solucioná-lo.

Se persistirem as leituras anormais, diversas medidas poderão ser tomadas. Se o perigo ao feto parecer grande, o médico pode optar pelo parto abdominal imediato. Caso contrário, algum teste rápido será feito para confirmar o diagnóstico de sofrimento fetal: o líquido amniótico será testado para ver se contém mecônio; se avaliará o pH em amostra do sangue fetal, colhido no couro cabeludo; e/ou será avaliada reação do coração fetal a estímulos sonoros, ou à pressão ou pinçamento do couro cabeludo. Como é necessário o acesso direto ao feto para que sejam feitas algumas dessas determinações, as membranas devem ser rompidas artificialmente a essa altura, caso não tenham se rompido espontaneamente. Além disso, talvez se passe em revista a história clínica e obstétrica da mãe para se determinar se as anormalidades da freqüência cardíaca fetal se relacionam a infecção materna, a doença crônica da mãe ou a medicamentos em uso, e não a verdadeiro sofrimento fetal. O obstetra experiente levará muitos fatores em consideração antes de concluir pelo sofrimento do feto. Se confirmado, costuma-se partir para a cesariana imediata. Em alguns casos, o médico pode usar medicamentos para tentar melhorar a condição fetal no útero. Quando bem-sucedido, esse enfoque permite ganhar tempo para preparar-se a cesariana, aumentando a chance de extrair-se um bebê alerta, e em alguns casos até se consegue dar prosseguimento ao parto vaginal.

Não se sabe ao certo se a monitorização fetal salva mais bebês do que o método antigo da enfermeira-com-estetoscópio (verificando a intervalos de 15 minutos durante o trabalho de parto e a intervalos de 5 minutos durante o parto), mas muitos médicos acham que alguns casos de sofrimento passariam despercebidos sem a monitorização. Apesar disso, como é dispendiosa a monitorização eletrônica, porque se acredita ter ela levado a aumento de cesarianas desnecessárias em alguns hospitais (sobretudo por erros de leitura), porque alguns a vêem apenas como outra intrusão tecnológica no processo natural do nascimento, e porque uma máquina impessoal substitui os préstimos pessoais de uma enfermeira, seu uso continua controvertido. O American College of Obstetricians and Gynecologists parece inclinado a defender a monitorização só em partos de alto risco, embora aparentemente os mesmos médicos que fazem esse pronunciamento planejem continuar a monitorizar todas as próprias pacientes. Sem dúvida, portanto, o assunto ainda não foi esclarecido.

As respostas dos pais à monitorização eletrônica do feto depende em grande medida de suas próprias atitudes. Se chegarem à sala de trabalho de parto ou de parto com receio de que tudo que não é "natural", provavelmente farão objeções ao uso da monitorização. Se quiserem o melhor de ambos os mundos — o natural e o científico —, sentir-se-ão mais confiantes e mais seguros ao verem o registro ritmado do batimento cardíaco de seu filho no monitor à beira do leito.

RECEIO DE VER SANGUE

"A perspectiva de ver sangue me deixa tonta. E se eu desmaiar enquanto assisto ao meu parto?"

Ver sangue faz muitas pessoas ficarem de joelhos bambos. Mas curiosamente, embora possam desmaiar ao verem em filme o parto de alguma outra pessoa, mesmo as mais sensíveis costumam passar pelo parto sem necessidade de sais aromáticos.

Em primeiro lugar, não há tanto sangue como se imagina — não muito mais do que se vê à menstruação (um pouco mais abundante em caso de ferida lacerada ou de episiotomia). Segundo, você não vai ser uma espectadora do parto — será uma participante muito ativa, despendendo todas as energias e toda a concentração em expulsar de dentro de si aquele restinho que ainda falta para o bebê acabar de nascer. Envolvida pela excitação e pela expectativa (e, sejamos francas, pela dor e pela fadiga), você dificilmente perceberá qualquer sangramento, e muito menos se incomodará com ele. Poucas são as parturientes que conseguem precisar quanto sangue perderam, se é que perderam, ao parto.

Se no entanto você não desejar em hipótese alguma ver sangue, simplesmente tire os olhos do espelho (se colocaram um) durante a episiotomia e no momento do nascimento. Em vez disso, apenas olhe para baixo, para o ventre, e tenha só a visão do que de fato lhe interessa: o bebê. Desse ângulo praticamente não haverá sangue visível.

EPISIOTOMIA

"No pré-natal me disseram que não devo me submeter a episiotomias — elas não são naturais. Meu médico disse que isso é ridículo. Não sei se devo ou não me submeter a uma."

Fazer ou não fazer a episiotomia? Eis a questão que alguns obstetras vêm disputando com alguns educadores (de pré-natal) e parteiras — e deixando as gestantes em meio ao fogo cruzado.

A pequena intervenção cirúrgica que é o centro dessa acirrada controvérsia teve origem na Irlanda em 1742, quando se buscava facilitar os partos difíceis, mas só ganhou amplo uso na metade deste século. Hoje, a episiotomia (incisão cirúrgica feita no períneo para ampliar a abertura vaginal pouco antes da emergência da cabeça do bebê) é feita em 80% a 90% de todos os partos em primíparas (as que têm filho pela primeira vez) e em aproximadamente 50% dos partos subseqüentes.

Há dois tipos fundamentais de episiotomia: a mediana e a mediolateral. A incisão mediana é feita atrás, em direção ao reto. Apesar de suas vantagens (fornecer mais espaço de saída por centímetro de incisão, cicatrizar bem e ser de mais fácil reparo, causar menos sangramento e resultar em menos incômodo ou infecção no pós-parto), é menos freqüentemente usada nos EUA pelo maior risco de a ferida incisada atingir o reto. Para evitar esse problema, os médicos preferem, na grande maioria, a incisão mediolateral, feita em sentido oblíquo, afastada do reto, especialmente nos primeiros partos.

A sabedoria médica tradicional defende o uso da episiotomia por várias razões: seus rebordos estreitos são mais fáceis de reparar do que os bordos rotos de uma ferida lacerada; no momento oportuno, permite prevenir a lesão traumática dos músculos do períneo e da vagina; evita que a cabeça fetal se machuque ao cruzar o períneo; e permite abreviar a fase ativa do trabalho de parto em 15 a 20 minutos — sendo de grande utilidade nos trabalhos de parto prolongados, quando pode haver sofrimento fetal e/ou exaustão materna.

Os que se opõem dizem que a episiotomia é antinatural, em grande medida desnecessária, verdadeira intrusão tecnológica no processo de nascimento. Alegam que a incisão feita é muitas vezes mais extensa do que seria a laceração, e que causa excessivo sangramento, desconforto no puerpério imediato, sexo doloroso durante meses a fio e (às vezes) infecção. Em seu lugar, defendem o uso dos exercícios de Kegel (p. 225) e a massagem local durante quatro a seis semanas antes do parto para preparar e fortalecer o períneo. Durante o trabalho de parto recomendam o uso de compressas quentes para diminuir o desconforto perineal; massagem; ficar de pé ou de cócoras e expirar ou grunhir ao fazer o esforço expulsivo para facilitar o estiramento do períneo; e evitar a anestesia regional, que deixa flácidos os músculos perineais. Embora todas essas medidas possam melhorar as chances de o parto ocorrer sem episiotomia, e às vezes sem laceração, não garantem um parto assim natural. Onde são empregadas regularmente, entre 15% e 25% das mulheres são episiotomizadas, e 25% a 30% das outras sofrem lacerações que precisam de reparação. Outras 3% ou 4% acabam com graves lacerações que se estendem ao reto.

O que os radicais (tanto os que praticam a episiotomia mesmo quando desnecessária quanto os que dela não lançam mão, mesmo quando necessária) não reconhecem é que "fazer ou não fazer episiotomia" é questão que não deve ser respondida em salas de aula ou no consultório — e sim na sala de parto, ao coroar a cabeça do bebê. Só então poderá ser feito um juízo real, sem tendenciosidades, a respeito da capacidade do períneo em se distender o suficiente para acomodar a cabeça do bebê sem se romper e sem comprometer o bem-estar materno ou fetal pelo trabalho de parto prolongado. O médico prudente ou a parteira que tenham dúvida a respeito em geral optam pela episiotomia e não pelo risco de uma laceração descontrolada, difícil de ser reparada.

Se você achar, depois de ler essa passagem, de discutir o assunto com o médico e de pesar as evidências, que seria melhor não sofrer episiotomia se possível, explicite o seu desejo no planejamento do parto (p. 263) ou torne conhecida sua preferência. Mas lembre-se de que a decisão final deve ser tomada na sala de parto, tendo por primordial consideração o seu bem-estar e a rapidez e segurança do parto do bebê.

RECEIO DO ESTIRAMENTO VAGINAL AO PARTO

"O que mais me assusta é o estiramento e a laceração da vagina. Será que vou ser a mesma depois?"

A vagina é um órgão extraordinariamente elástico cujas pregas sanfonadas se abrem ao parto. Normalmente é tão estreita que a inserção de um absorvente íntimo pode se mostrar difícil, embora ela seja capaz de expandir-se para dar passagem a um bebê de 3 a 4 quilos sem se romper. Depois do nascimento, durante um período de semanas, retorna quase ao seu tamanho original. Para a maioria das mulheres o discreto aumento de espaço é imperceptível e não

interfere no desfrute sexual. Para as que eram excessivamente pequenas antes da concepção, pode ser um motivo de satisfação a mais, já que o sexo pode se tornar mais prazeroso.

O períneo — região entre a vagina e o reto — também é elástico, embora menos que a vagina. Em algumas mulheres, ele se distenderá o suficiente e sem se romper para permitir o nascimento de um bebê. Mas em outras se romperá, a menos que o obstetra faça a episiotomia. A distensão pode deixar os músculos um pouco mais frouxos do que uma episiotomia feita cuidadosamente e no momento oportuno, quando o períneo ainda não se distendeu excessivamente antes de fazer-se a incisão.

No entanto, os exercícios da musculatura do parto antes de a gestante ir para a sala de parto poderão aumentar-lhe a elasticidade e decerto acelerar o retorno ao tônus normal. Os exercícios de Kegel, que reforçam a área perineal (ver p. 225), devem ser feitos regularmente durante a gestação e pelo menos por seis meses depois do nascimento da criança.

Muitos casais contam que o sexo depois do parto se torna até mais prazeroso do que antes, graças à maior sensibilidade muscular e ao maior controle que a mulher desenvolve em decorrência do treinamento para o parto. Em outras palavras, você poderá não ser a mesma depois do parto — poderá ser até melhor!

Muito raramente, entretanto, na mulher que era "perfeita" antes, o parto distende a vagina o suficiente para reduzir o prazer sexual. Muitas vezes os músculos vaginais voltam a se contrair mais com o passar do tempo. A prática fiel dos exercícios de Kegel a intervalos freqüentes durante o dia — ao tomar banho, ao urinar, ao lavar os pratos, ao caminhar com o bebê, ao dirigir o carro, ao sentar na escrivaninha — pode ajudar a acelerar o processo. Se depois de seis meses a vagina ainda parecer muito espaçosa, convém buscar auxílio médico.

RECEIO DE SER AMARRADA À MESA DE PARTO

"A idéia de ficar amarrada a uma mesa, como aconteceu com minha mãe, me aterroriza. É mesmo necessário?"

A perspectiva de ser amarrada pelas mãos e pelos pés à mesa de parto é horrível — sobretudo para as mulheres que desejam participar plenamente do nascimento do filho. Felizmente, embora há algum tempo fosse conduta comum, praticamente caiu em desuso. Os obstetras, na maioria, pedem apenas à parturiente que mantenha as mãos acima da cintura, afastadas dos campos que devem permanecer estéreis durante o parto; se ela se esquecer da recomendação no meio de alguma contração particularmente violenta, outro auxiliar e a enfermeira a lembrarão.

Se os pés da parturiente vão ficar em estribos durante o parto (não há necessidade disso durante o trabalho de parto) ou se as pernas vão ser amarradas a eles vai depender da rotina hospitalar, da preferência do obstetra e, às vezes, do desejo da paciente.

O uso de estribos no parto adveio por vários motivos. Um deles estava em manter as pernas da mulher elevadas e fora do caminho, de sorte a propiciar ao obstetra espaço suficiente para trabalhar. Outro era que evitavam chutes involuntários durante contrações mais vigorosas (que possivelmente interfeririam no parto). Por fim, porque mantinham os pés afastados do campo que deveria se manter o mais estéril possível.

Um dos motivos por que os estribos agora são usados com menos freqüência em muitos hospitais — e dificilmente nas

salas de parto, onde leitos especiais substituíram as mesas de parto — é que uma ampla variedade de posições de parto substituiu a clássica posição da mulher com as pernas elevadas e abertas. Outro motivo está na forte oposição feita por mulheres que querem preservar ao máximo a sua dignidade e o seu controle durante o parto. E também porque hoje as mulheres se preparam melhor para o parto, têm menor probabilidade de se mexer por causa das dores e por recearem o desconhecido. Apesar disso, muitos médicos continuam a solicitar às pacientes para usarem estribos durante o parto, porque acreditam que dá mais espaço para manobras e portanto propiciam um parto mais seguro.

Converse antes com o obstetra confessando-lhe os seus sentimentos e ouvindo os receios dele. É muito provável que os seus desejos prevaleçam e que, pelo menos, os dois cheguem a um consenso.

USO DO FÓRCEPS

"Já ouvi as histórias mais tenebrosas a respeito dos fórceps. E se o meu obstetra decidir usá-los?"

Foi em 1598 que o cirurgião britânico Peter Chamberlen idealizou o primeiro fórceps e usou o instrumento de dois braços para facilitar a extração de bebês do canal do parto quando as dificuldades pudessem pôr em risco a vida da mãe e da criança. Em vez de publicar a sua descoberta no mais recente periódico obstétrico, no entanto, o Dr. Chamberlen conservou-o em segredo — privativa de apenas quatro gerações de médicos da própria família Chamberlen e de suas pacientes, muitas inclusive da realeza. De fato, o uso do fórceps poderia ter morrido com o fim da carreira do último Dr. Chamberlen não fosse uma caixa de instrumentos ter sido descoberta sob uma tábua do assoalho da casa dos ancestrais da família, em meados de 1800.

Para a concepção de muitos atualmente, o uso do fórceps deveria ter morrido com os Chamberlens. Mas trata-se de concepção não muito correta. Antes de o parto cirúrgico se tornar lugar-comum e prática segura, o fórceps era a única forma de extrair o concepto preso ao canal do parto. A esporádica lesão grave causada pelo uso do instrumento era considerada um preço pequeno a pagar pelas numerosas vidas salvas. Os riscos sem dúvida eram superados pelos benefícios.

Mas o quadro é mais complicado. Hoje, o procedimento com fórceps alto, em que o médico atinge a profundidade da pelve materna para extrair o bebê cujo parto não progride, e a que se atribui a maioria das histórias de terror que você já ouviu, foi totalmente abandonado em favor do parto cesáreo. Mas o American College of Obstetricians and Gynecologists ainda vê um papel para o fórceps médio, médio-baixo e baixo. Esses partos, mostram as pesquisas mais recentes, não acarretam maior risco para a mãe e o feto do que as cesarianas *quando realizados de forma correta por alguém com experiência no uso de fórceps*. Antes de recorrer à cesariana, muitos médicos tentarão o emprego criterioso do fórceps quando a cabeça do bebê está insinuada e o trabalho de parto se deteve.

Em países como a Grã-Bretanha, onde a técnica é rotina, o índice de cesarianas é, em decorrência, relativamente baixo.

O fórceps só deve ser usado quando existem indicações válidas (sofrimento fetal, sofrimento materno, trabalho de parto prolongado, segundo estágio prolongado). E todos devem estar a postos para a cesariana caso a prova com o fórceps fracasse.

Ao ser empregado, administra-se um anestésico local (ver p. 267) à mãe. Então as colheres curvas são aplicadas uma

de cada vez em torno da cabeça derradeira, nas têmporas, e o bebê é extraído com delicadeza.

O extrator a vácuo, uma alternativa ao fórceps baixo em que se aspira o bebê para fora do canal do parto através de uma concha metálica ou plástica (menos traumática) aplicada à cabeça, é popular na Europa mas menos empregada nos EUA.

Se você estiver preocupada com o possível emprego de fórceps ou de extração a vácuo durante o parto, discuta o assunto agora com o médico, antes de entrar em trabalho de parto. Ele saberá afastar seus receios.

O ESTADO DO BEBÊ

"O médico me disse que o bebê está bem, mas o índice de Apgar foi só de 7. Está mesmo tudo bem?"

O médico está certo. Sempre que o índice de Apgar somar 7 pontos ou mais significa que o estado do bebê é bom, satisfatório. No entanto, a maioria dos bebês com índices baixos acaba dentro da normalidade e com saúde.

O teste de Apgar foi desenvolvido pela falecida Dra. Virginia Apgar, renomada pediatra, com a finalidade de permitir à equipe médica avaliar rapidamente as condições dos recém-nascidos. Sessenta segundos após o nascimento, a enfermeira ou o médico verifica o aspecto (cor), o pulso (batimento cardíaco), os esgares do rosto, a atividade (tônus muscular) e a respiração. (Ver a Tabela do Índice de Apgar.) Aqueles cujo índice se situa entre 4 e 6 muitas vezes necessitam de reanimação — que em geral envolve a aspiração das vias respiratórias e a administração de oxigênio. Aqueles cujo índice é inferior a 4 requerem técnicas de salvamento mais drásticas.

O teste de Apgar é repetido cinco minutos após o do nascimento. Se a soma de pontos for 7 ou mais a essa altura, o prognóstico do recém-nascido é excelente. Se esta soma for baixa, significa que o bebê precisa estar sob atenta observação, mas ainda tem boas chances de ficar bem.

TABELA DO ÍNDICE DE APGAR

SINAL	PONTOS		
	0	1	2
Aspecto (cor)*	Azul ou pálido	Corpo róseo, extremidades azuis	Corpo todo róseo
Pulso (freqüência cardíaca)	Ausente	Abaixo de 100	Acima de 100
Irritabilidade reflexa	Não-responsivo à estimulação	Caretas	Choro forte
Atividade (tônus muscular)	Flacidez (atividade fraca ou ausente)	Flexão pequena das extremidades	Movimentos ativos generalizados
Respiração	Ausente	Lenta, irregular	Forte, regular (choro)

*Em crianças que não sejam brancas, examina-se a cor das membranas mucosas da boca, branco dos olhos, lábios, região palmar, mãos e solas dos pés.

O Que É Importante Saber: Os Estágios do Parto

Poucas gestações se parecem com as esboçadas nas páginas dos manuais de obstetrícia — com a náusea que desaparece ao fim do primeiro trimestre, os primeiros movimentos fetais percebidos exatamente à 20ª semana e insinuação ocorrendo precisamente duas semanas antes do início do trabalho de parto. Da mesma forma, poucos são os partos que espelham os livros — a começar por brandas contrações regulares, largamente espaçadas, que evoluem em passo previsível até culminar no parto. No entanto, assim como é de grande valia termos uma idéia geral do que a mulher típica deve esperar quando espera um filho, é de extrema utilidade saber como é o parto em geral — desde que se esteja preparada para a probabilidade das variações que singularizam a experiência de cada uma de nós.

O parto se divide em três períodos, quer seja de forma vaga pela própria natureza, quer seja de forma rígida pela ciência obstétrica. O primeiro é o do trabalho de parto com suas três fases, a latente ou precoce, a ativa e a transicional, culminando com a dilatação total (abertura) da cérvice; o segundo é o do parto ou da expulsão, culminando com o nascimento completo do bebê; e o terceiro é o da expulsão da placenta, ou secundamento (ou dequitadura). Todo o processo dura em média 14 horas em primíparas e cerca de 8 horas em multíparas.

A menos que o trabalho de parto seja abreviado pela necessidade de uma cesariana, todas as mulheres que chegam a termo passam pelas três fases do primeiro estágio. Algumas, entretanto, podem não reconhecer que estão em trabalho de parto até a segunda ou mesmo até a terceira fase, porque as contrações iniciais são leves ou indolores. Essa terceira fase do trabalho de parto se completa com a dilatação da cérvice que atinge 10 cm completos. Para muito poucas mulheres, toda a dilatação passa despercebida; só percebem que estão em trabalho de parto quando sentem premência em fazer esforços expulsivos, o que marca o segundo estágio ou o parto propriamente dito.

A cronometragem e a intensidade das contrações podem ajudar a assinalar qual a fase do trabalho de parto em que a mulher se encontra. Exames internos periódicos, para verificar a evolução da dilatação, podem confirmar o progresso.

Se o trabalho de parto não evoluir dentro do esperado, muitos médicos tentarão ajudar a Mãe Natureza (com ocitocina, por exemplo), e se isso fracassar, terão de apropriar-se dela completamente com uma cesariana. Outros talvez prefiram dar-lhe mais tempo antes de tomarem esse curso de ação, desde que a mãe e bebê estejam passando bem.

Posições para o Trabalho de Parto

De pé: a gravidade ajuda no trabalho de parto.

Sentada, com o tronco quase ereto, um pouco inclinada para trás e apoiada nos braços do marido.

Comentar com o obstetra sobre a possibilidade de ficar ao menos um pouco ereta durante o trabalho de parto: de pé, caminhando ou sentada (em cadeira de balanço ou apoiada nos braços do marido). As pesquisas revelam que o comodidade e a eficiência no trabalho de parto variam para cada mulher. Ao ficar deitada de costas, a parturiente não só vai estar tornando mais vagaroso o trabalho de parto, como também poderá comprimir importantes vasos sanguíneos (sobretudo quando estiver sobre superfície dura), possivelmente interferindo com o fluxo de sangue para o concepto. Se a posição mais cômoda for a deitada, contudo deitar de lado, trocando de lado e fazendo o movimento de báscula da bacia periodicamente.

O PRIMEIRO ESTÁGIO DO PARTO: O TRABALHO DE PARTO

A PRIMEIRA FASE: LATENTE OU PRECOCE

Costuma ser a mais longa e, felizmente, a menos intensa do trabalho de parto. A dilatação (abertura) do colo uterino até cerca de 3 cm e o apagamento cervical concomitante que a caracterizam podem levar alguns dias ou semanas sem contrações incômodas ou perceptíveis, ou levar um período de duas a seis horas (menos habitualmente até 24 horas) de trabalho de parto inconfundível.

As contrações nessa fase costumam durar entre 30 e 45 segundos. São brandas ou moderadamente fortes, podem ser regulares ou irregulares (com intervalos de 5 a 20 minutos), e vão se tornando cada vez mais freqüentes, mas não necessariamente com um perfil regular e consistente. Algumas mulheres não chegam a percebê-las.

Você provavelmente irá para o hospital ao cabo dessa fase ou ao começar a próxima.

O que você pode sentir ou perceber. Os sinais e sintomas mais comuns nessa fase englobam dores nas costas (lombares), seja a cada contração, seja constantemente, cólicas semelhantes às menstruais, indigestão, diarréia, sensação de calor no abdome e eliminação do tampão mucoso (secreção mucosa tingida de sangue). Você pode apresentar todos os sintomas ou só um ou dois deles. As membranas podem romper-se antes do início das contrações, embora seja mais provável que se rompam em algum momento durante o trabalho de parto. (Caso não se rompam espontaneamente, é possível que o obstetra decida fazê-lo artificialmente em qualquer momento depois de iniciada a fase ativa.)

Do ponto de vista emocional, avultam a excitação, o alívio, a expectativa, a incerteza, a ansiedade, o medo; algumas mulheres ficam relaxadas e tagarelas; outras, tensas e apreensivas.

O que você pode fazer:

- Relaxar. O médico provavelmente avisou-a para só telefonar depois de iniciada a fase ativa. Ou talvez tenha sugerido para que você lhe telefone tão logo tenha início o trabalho de parto durante o dia ou se a bolsa d'água se rompeu. Não hesite em telefonar-lhe, contudo, se as membranas se romperam e se o líquido amniótico se mostrar escuro ou esverdeado, se houver franca hemorragia (sangue vivo), ou se você não perceber atividade fetal (talvez difícil de ser percebida em virtude das contrações — caso em que pode ser tentado o teste indicado à p. 238). Embora talvez você não goste, o melhor é você mesma telefonar (não o marido) e conversar com o médico. Muito se perde nas traduções feitas por terceiros.

- Se for no meio da noite, tente dormir (mas não de costas; ver as recomendações a respeito à p. 208). É importante repousar agora, porque provavelmente isso não vai ser possível depois. E você não precisa ter receio de que talvez esteja dormindo durante a fase seguinte — as contra-

ções vão ser muito insistentes. Se o sono lhe foge, não fique deitada na cama cronometrando as contrações — isso só fará o trabalho de parto mais demorado. Levante-se e faça alguma coisa para se distrair. Arrume um armário; coloque os lençóis na cama do bebê; termine de arrumar a valise ou mala que você vai levar para o hospital (ver p. 306). Faça um sanduíche para o seu marido levar consigo; jogue paciência; faça palavras cruzadas.

- Se o trabalho de parto começar durante o dia, siga a rotina do dia-a-dia — desde que nada a afaste de casa. Se não tiver planejado nada, mantenha-se ocupada com alguma coisa. Tente algumas das distrações sugeridas anteriormente, dê uma caminhada (a gravidade ajuda o trabalho de parto), veja TV, faça e congele um prato de forno para facilitar a refeição no pós-parto. Alerte seu marido, embora não seja necessário que ele venha correndo para casa — ainda não.

- Fique à vontade. Tome um banho morno de banheira (só se a bolsa d'água ainda não se rompeu) ou uma ducha (mas tome cuidado para não escorregar); use uma bolsa de água quente se as costas estiverem doendo — mas não tome *aspirina* nem se deite de costas. Alguns goles de vinho podem ajudar a relaxar.

- Coma uma refeição leve se estiver com fome (uma sopa, uma torrada com geléia, um suco de frutas). Não coma em demasia e evite os alimentos de difícil digestão, como carnes, laticínios e gorduras. Não só a refeição pesada vai competir com o processo de parto pelas reservas energéticas como o estômago cheio pode criar problemas caso você venha a precisar de anestésico mais tarde.

- Cronometre as contrações por períodos de meia hora, se elas parecem estar ocorrendo a intervalos inferiores a 10 minutos — e periodicamente mesmo que não estejam. Mas não se concentre demais no relógio.

- Urine com freqüência para evitar a distensão vesical, que poderia inibir o andamento do trabalho de parto.

- Use as técnicas de relaxamento se ajudarem, mas não comece ainda os exercícios respiratórios ou você se sentirá exausta e incomodada antes mesmo de realmente precisar deles.

O que o marido pode fazer:

- Cronometrar as contrações. O intervalo entre as contrações é marcado do início de uma ao início da seguinte. Cronometre-as periodicamente e anote num caderno. Ao ocorrerem a intervalos com menos de 10 minutos, cronometre-as com mais freqüência.

- Ser um agente de calma, de tranqüilização. Durante a fase latente do trabalho de parto, a função mais importante do companheiro é manter a gestante relaxada. E a melhor forma de conseguir isso é ficar relaxado também, por dentro e por fora. A sua própria ansiedade e tensão podem ser transferidas a ela involuntariamente, não só através de palavras, mas de gestos, do contato. Alguns exercícios de relaxamento para os dois ou uma massagem delicada e sem pressa podem ser de grande utilidade. Ainda é cedo, porém, para dar início aos exercícios respiratórios.

- Manter o senso de humor e ajudá-la a manter o dela; o tempo voa, enfim, quando você se diverte. Será mais fácil rir agora do que quando as contra-

ções se tornarem mais freqüentes e mais fortes.

- Ajudar a gestante a se distrair. Sugerir atividades que mantenham o pensamento longe do trabalho de parto; ler em voz alta, jogar cartas, ver TV, dar breves passeios.

- Oferecer alento, renovar-lhe a confiança e dar-lhe apoio. Ela precisará de tudo isso doravante.

- Manter a força para que você possa revigorar a dela. Comer periodicamente (não necessariamente na frente da parturiente), mesmo que ela não possa. Preparar um sanduíche para levar para o hospital (mas nada com um cheiro tão forte ou persistente que possa causar enjôo a você ou a sua mulher — como salame ou atum).

A SEGUNDA FASE: TRABALHO DE PARTO ATIVO

A segunda fase do trabalho de parto, a fase ativa, costuma ser mais breve do que a primeira: dura em média de duas a três horas e meia (embora as variações sejam grandes). Os esforços do útero são agora mais concentrados, produzindo mais em menos tempo. À proporção que as contrações se tornam mais fortes, prolongadas e freqüentes (em geral a intervalos de três ou quatro minutos e com a duração de 40 a 60 segundos), a cérvice se dilata até 7 centímetros. O ritmo das contrações pode não ser regular. Cada contração provavelmente apresentará um ápice distinto agora, que constitui 40% a 50% de sua duração total. E entre as contrações já será menor o período de repouso.

Você provavelmente já estará no hospital ao começar essa fase.

Os sintomas. Os sinais e sintomas mais comuns incluem incômodo crescente com as contrações (talvez você não consiga falar quando elas estão ocorrendo), dores nas costas progressivas, incômodo nas pernas, fadiga, aumento da secreção mucosa tingida de sangue. É possível apresentar todos os sintomas, ou só um ou dois. A ruptura da bolsa d'água poderá ocorrer agora, se já não tiver acontecido antes. (Caso não se rompa espontaneamente, o obstetra talvez a rompa por meios artificiais durante essa fase.)

Emocionalmente, você poderá sentir-se agitada e encontrar mais dificuldade em relaxar; ou a concentração poderá tornar-se mais intensa e você talvez se veja completamente absorvida no trabalho em andamento. Sua confiança poderá começar a oscilar e você poderá achar que essa etapa não vai terminar nunca; ou talvez você se sinta estimulada e encorajada, achando que as coisas estão começando de fato a acontecer.

O que você pode fazer:

- Dar início aos exercícios respiratórios, caso pretenda usá-los, tão logo as contrações se tornem tão fortes que a impeçam de falar. (Se você nunca os praticou, algumas sugestões simples da enfermeira farão muito para aliviar o incômodo.) Se os exercícios a perturbarem ainda mais, ou a tornarem mais tensa, no entanto, não há por que empregá-los. As mulheres dão à luz sem o uso deles há séculos.

- Se o médico permitir (alguns permitem, sobretudo quando não está sendo ministrada qualquer medicação), beber líquidos claros com freqüência para repor a perda hídrica e manter a boca úmida. Se você estiver com muita fome, e o médico também permitir, faça um pequeno lanche com alimento não fibroso e sem gordura (compo-

Quando Você Não Está Fazendo Progressos

A evolução do trabalho de parto é aferida pela dilatação do colo uterino e pela descida do concepto na bacia. A evolução satisfatória é assim considerada em função de três elementos: contrações uterinas vigorosas que efetivamente dilatem a cérvice; bebê de tamanho adequado à cavidade pélvica e com boa apresentação (que facilite a expulsão); e pelve suficientemente ampla para permitir a passagem do bebê.

Na ausência de um ou mais de um desses fatores, em geral ocorre o trabalho de parto normal (ou difícil), em que a evolução é lenta ou simplesmente não se dá. Há vários tipos de trabalho de parto anormal:

Fase latente prolongada — quando pouca ou nenhuma dilatação ocorre depois de 20 horas de trabalho de parto em primípara, ou depois de 14 horas em multípara. Por vezes, a evolução é lenta por não ter o trabalho de parto ainda começado, sentindo-se as contrações de trabalho de parto falso — não verdadeiro. Noutras ocasiões, a causa está no excesso de medicamentos antes de bem estabelecido o trabalho de parto. Noutras ainda aventa-se que talvez a causa seja psicológica: a parturiente entra em pânico ao começar o trabalho de parto, provocando a liberação no sistema nervoso de substâncias químicas que interferem com as contrações uterinas.

De modo geral, o obstetra poderá sugerir a estimulação de uma primeira fase muito vagarosa pela atividade (caminhar, por exemplo) ou pelo seu oposto (dormir e repousar, possivelmente com uso de técnicas de relaxamento e, se a agitação for muito intensa, impedindo o relaxamento natural, com uma bebida alcoólica ou o uso de sedativo). Esse tratamento vai ajudar também a excluir a possibilidade de falso trabalho de parto (cujas contrações costumam ceder com a atividade ou com repouso).

Estabelecida a verdadeira fase latente do trabalho de parto, pode-se acelerar o processo com um clister ou óleo mineral, com a deambulação, ou com a administração de ocitocina. (Nota: é importante urinar periodicamente, já que a bexiga cheia pode interferir com a descida do bebê.) Se as tentativas de estimulação do trabalho de parto fracassarem, o médico terá de considerar a possibilidade de desproporção cefalopélvica (desproporção entre a cabeça do feto e a bacia da mãe).

Os médicos, na maioria, realizam uma cesariana depois de 24 ou 25 horas (às vezes antes) se não foi feito progresso suficiente por essa ocasião; alguns vão esperar mais, desde que mãe e bebê estejam passando bem.

Disfunção primária da fase ativa — quando

ta de maçã, por exemplo). Se o médico proibir qualquer coisa pela boca, podem-se chupar cubos de gelo, que ajudam a refrescar. Alguns médicos e hospitais, entretanto, não recomendam nem mesmo cubos de gelo e usam de soro na veia para manter as pacientes hidratadas.

- Fazer um esforço coordenado para relaxar no intervalo entre as contrações. Isso vai ser cada vez mais difícil à medida que estas se tornarem mais freqüentes, embora seja uma conduta cada vez mais importante à proporção que as reservas de energia começarem a se esgotar.
- Caminhar, se possível, ou pelo menos mudar de posição com freqüência, tentando descobrir qual a que propicia maior comodidade. (Ver p. 331 para sugestões de posições durante o trabalho de parto.)
- Lembrar de urinar periodicamente; em virtude da enorme pressão na bacia, é possível que você não perceba a necessidade de esvaziar a bexiga.

a segunda fase do trabalho de parto, ou ativa, evolui muito vagarosamente (menos de 1 a 1,2 cm de dilatação por hora em primípara e menos de 1,5 cm por hora em multípara). Quando não se faz qualquer progresso, ou este é demasiadamente lento, muitos obstetras preferem deixar que o útero siga o seu ritmo — no pressuposto de que a mulher vai acabar em parto natural, como costuma acontecer a dois terços daquelas com disfunção primária. A parturiente poderá acelerar o trabalho uterino caminhando, se possível, não ficando deitada de costas e mantendo a bexiga vazia. Provavelmente serão ministrados líquidos por via intravenosa no trabalho de parto prolongado.

Interrupção secundária da dilatação — quando, durante a fase ativa do trabalho de parto, não há mais progresso durante duas horas ou mais. Em cerca de metade dos casos, estima-se, há desproporção cefalopélvica, requerendo cesariana. Nos demais casos, a grande maioria, o uso da ocitocina (junto com a ruptura artificial das membranas) restabelecerá o trabalho de parto, sobretudo quando a causa da desaceleração do trabalho de parto é tão-somente de exaustão. Mais uma vez, a mulher talvez possa contribuir para a aceleração do vagaroso trabalho de parto fazendo uso da força da gravidade, se possível (sentando com o tronco semi-ereto, ficando de cócoras, de pé, ou caminhando) e mantendo a bexiga vazia.

Descida anormal do feto — quando o bebê transita pelo canal de parto a menos de 1 cm por hora em primíparas, ou menos de 2 cm por hora nas demais. Nesses casos, em geral, o parto será vagaroso, mas tranqüilo sob outros aspectos. Tentar remover a fórceps o bebê que ainda não chegou à abertura vaginal, antes prática comum, é hoje considerado manobra perigosa e desnecessária. Atualmente, a estimulação com ocitocina e/ou o rompimento artificial das membranas são os recursos preferidos — desde que se tenham excluído desproporção cefalopélvica e posição fetal anômala que tornem muito difícil o parto vaginal.

Segundo período prolongado — é o que perdura por mais de duas horas em primípara, ou um pouco menos em multípara. Quando esse período ultrapassa duas horas, muitos obstetras lançam mão de fórceps ou de cesariana; outros permitem que o parto vaginal espontâneo prossiga, desde que esteja evoluindo e que a mãe e o feto (cujas condições são cuidadosamente monitorizadas) estejam passando bem. Às vezes a cabeça do bebê é desprendida nos seus últimos centímetros com o auxílio do fórceps. A rotação da cabeça (de sorte a ficar com o rosto para adiante, assegurando o melhor encaixe na pelve) também pode ser tentada, ora com as mãos, ora com fórceps. A gravidade, uma vez mais, pode ajudar; a posição semi-sentada ou de semicócoras talvez seja mais eficaz para o parto.

- Se achar que precisa de algum analgésico, não hesite em perguntar à enfermeira, que talvez recomende esperar por mais 20 minutos ou meia hora antes de ministrá-lo — quando então os progressos poderão ter sido tantos que você não venha a precisar de algum, ou talvez até nem o queira mais.

O que o marido pode fazer:

- Se possível, manter a porta da sala de parto fechada, as luzes menos intensas e a sala silenciosa para promover uma atmosfera repousante. Música ambiente, quando permitido, também ajuda. Prosseguir com as técnicas de relaxamento entre as contrações. E ficar o mais calmo possível.

- Acompanhar as contrações. Se a mulher estiver submetida à monitorização fetal, peça ao médico ou à enfermeira que o ensine a ler o que aparece no instrumento para que depois, quando as contrações começarem a se sobrepor, você possa avisar sua mulher quando cada uma começar. (O moni-

tor é capaz de detectar a tensão do útero antes de ela senti-la.) Você também pode encorajá-la dizendo que o pico de cada uma está terminando. A manobra dá aos dois uma sensação de controle sobre o trabalho de parto. Se não houver monitor, aprender a reconhecer o surgimento e desaparecimento das contrações colocando a mão no abdome da esposa.

- Respirar com ela durante as contrações difíceis, se isso a ajudar. Não a forçar a fazer os exercícios respiratórios se lhe forem incômodos, se à fizerem ficar tensa ou se a perturbarem.

- Se ela apresentar sintomas de hiperventilação (tonteira ou atordimento, visão turva, formigamento dos dedos das mãos e dos pés), faça-a expirar (exalar) dentro de um saco de papel (a enfermeira providenciará um se vocês não o tiverem trazido) ou dentro das mãos em concha. Ela deve então inspirar o ar exalado. Depois de repetir a manobra várias vezes, ela deverá sentir-se melhor. Caso isso não ocorra, informe à enfermeira ou ao médico imediatamente.

- Oferecer constante apoio verbal (se não irritar ainda mais a esposa); elogiar, mas não criticar, os seus esforços (pensar no que você gostaria de dizer com papéis trocados). Sobretudo se o progresso é lento, lembrando que ela deve fazer esforços numa contração de cada vez, e que cada dor a aproxima mais e mais do bebê.

- Massagear-lhe o abdome ou as costas ou empregar contrapressão ou qualquer outra técnica que vocês aprenderam para dar a ela mais comodidade. Siga o exemplo dela; deixe que ela lhe diga que espécie de massagem ou movimento ajuda. Se ela preferir não ser tocada em absoluto (algumas se sentem perturbadas), o melhor a fazer é confortá-la verbalmente.

- Não fingir que a dor não existe, mesmo que ela não se queixe; ela precisa da sua empatia. E não lhe diga que sabe como ela se sente (você não sabe).

- Lembre-a de relaxar no intervalo entre as contrações.

- Lembre-a de urinar pelo menos uma vez por hora.

- Não tomar como atitude pessoal se ela não responder — ou até parecer irritada — às suas tentativas de confortá-la. O humor da mulher durante o trabalho de parto é inconstante. Fique junto para apoiá-la se ela quiser ou precisar. Lembre-se que o seu papel é importante, mesmo que por vezes você o sinta supérfluo.

- Se for permitido, assegurar a provisão de cubos de gelo ou líquidos à sua mulher. De vez em quando perguntar-lhe se ela quer algum.

- Usar uma toalha úmida para refrescar-lhe o corpo e o rosto; reumedeça-a com freqüência.

- Se os pés dela estiverem frios, ofereça-lhe um par de meias e ajude-a a colocá-los.

- Prosseguir com as distrações que ela julgar convenientes (jogo de cartas, conversar entre as contrações, ler em voz alta), e continuar com o encorajamento e o apoio.

- Sugerir uma mudança de posição; caminhar com ela, se isso for possível.

- Servir de intermediário entre a equipe médica o mais possível. Interceptar as perguntas que você puder responder,

A Caminho do Hospital

Indo para o hospital. Às vezes, quase ao fim da fase precoce ou no princípio da fase ativa (provavelmente quando as contrações estiverem espaçadas a intervalos de 5 minutos ou menos, antes ainda quando a parturiente mora longe do hospital ou quando é o primeiro filho), o médico dirá para a gestante pegar a maleta e ir para o hospital. Chegar lá é mais fácil para quem já planejou o trajeto com antecedência, já se familiarizou com o estacionamento no local e já sabe qual a entrada do setor de obstetrícia. (Quando o estacionamento pode ser um problema, é bem mais simples pegar um táxi.) No caminho, em vez de encolher-se no banco da frente, é melhor que a parturiente sente-se esticada no banco traseiro, com um travesseiro sob a cabeça, o cinto de segurança preso frouxamente sob a barriga, e um cobertor, se tiver calafrios.

A internação. Os procedimentos variam, mas é provável girarem em torno do seguinte:

- As pessoas que já têm ficha no hospital (o melhor é já ter) sempre vêem facilitada a internação. Se o trabalho de parto estiver na fase ativa, o marido ou acompanhante poderá tomar as providências.
- Depois de internada, já no quarto ou onde seja que a parturiente for ficar, ela será levada à sala de partes. Dependendo do regulamento do hospital, o marido e outros familiares terão de aguardar do lado de fora durante a internação e os preparativos para o parto. (Convém lembrar ao marido: é boa hora para dar telefonemas importantes, fazer um lanche, arrumar a bagagem da mulher no quarto e gelar o champanhe. Se o marido não for chamado para junto da mulher depois de 20 minutos, é bom avisar no posto de enfermagem que está à espera. Deve-se estar preparado para a possibilidade de ser solicitado o uso de uma vestimenta esterilizada sobre as roupas comuns.)
- A enfermeira colherá uma história abreviada, indagando, entre outras coisas, quando começaram as contrações, qual a sua periodicidade, se a bolsa d'água já se rompeu, quando a parturiente comeu pela última vez.
- A enfermeira solicitará a sua assinatura nos formulários de consentimento concernentes à rotina hospitalar.
- A enfermeira lhe entregará o vestuário próprio e pedirá para colher uma amostra de urina. Vai verificar o pulso, a pressão arterial, a respiração e a temperatura. Vai verificar se há extravasamento de líquido amniótico, sangramento ou eliminação de muco; vai ouvir o batimento cardíaco fetal com estetoscópio e instalar na parturiente o monitor fetal; e, possivelmente, avaliar a posição do feto e colher amostra de sangue.
- Dependendo da conduta do obstetra ou do hospital e, possivelmente, de suas preferências, será feita a raspagem parcial da região púbica, além de uma lavagem intestinal e da colocação de soro na veia.
- A enfermeira, o obstetra ou um residente vai fazer o exame interno para verificar o grau de dilatação e de apagamento da cérvice. Se as membranas ainda não se romperam e já houver 3 a 4 cm de dilatação (muitos obstetras preferem esperar pela dilatação da cérvice de, no mínimo, 5 cm), a bolsa d'água poderá ser rompida artificialmente — salvo se a parturiente e o obstetra já tiverem combinado para deixá-la preservada até mais tarde. O procedimento é indolor; tudo o que se sente é um jorro de líquido morno. A intensidade das contrações pode aumentar. Por isso, a ruptura artificial das membranas é muitas vezes de grande utilidade, estimulando o trabalho de parto vagaroso.

  Em caso de dúvidas ainda não esclarecidas, agora é o momento de trazê-las à baila. O marido pode falar pela parturiente, se for conveniente.

pedir explicações sobre os procedimentos, o equipamento, qualquer medicamento, de forma que você será capaz de dizer-lhe o que está acontecendo. Por exemplo, agora seria a hora de saber se há algum espelho para que ela possa ver o parto. Ser seu advogado quando necessário, mas tentar defendê-la com calma, talvez fora da sala, para que ela não seja perturbada.

- Se ela pedir qualquer medicação, transmitir o pedido à enfermeira ou ao médico, sugerindo porém um período de espera para a administração. Nesse período, o médico provavelmente gostará de discutir a necessidade da intervenção e de fazer um exame interno para verificar a evolução do trabalho de parto. É possível que a informação sobre o bom andamento do trabalho de parto ou mesmo um breve intervalo de tempo para pensar venha a renovar as forças de sua mulher, fazendo-a mudar de idéia. Não fique desapontado, porém, se ela e o médico decidirem que a medicação é necessária. Lembre-se, não se trata de uma prova de resistência à qual sua mulher terá falhado se requisitar ou aceitar medicação analgésica.

O que a equipe obstétrica fará:

- Criar um ambiente de maior comodidade, relaxamento e apoio e responder às perguntas e às preocupações.
- Prosseguir com a monitorização do estado do bebê com estetoscópio ou com monitor eletrônico e também mediante a observação do líquido amniótico (a coloração castanho-esverdeada é sinal de possível sofrimento fetal). A posição fetal pode ser avaliada pela palpação externa.
- Prosseguir com a verificação da pressão arterial.
- Avaliar periodicamente a freqüência e a força das contrações, além da quantidade e qualidade da secreção tingida de sangue. (Os coxins debaixo das nádegas serão substituídos conforme necessário.) Quando houver alteração no ritmo ou na intensidade das contrações, ou quando a secreção se tornar mais sanguinolenta, será feito outro exame interno para verificar a evolução do trabalho de parto.
- Estimular o trabalho de parto, caso ele esteja evoluindo muito vagarosamente, pelo uso de ocitocina, ou pelo rompimento artificial das membranas, se estas ainda estiverem íntactas.
- Administrar sedativos e/ou analgésicos conforme necessário e desejado.

A TERCEIRA FASE: TRABALHO DE PARTO TRANSICIONAL

Trata-se da fase mais exaustiva e exigente do trabalho de parto. Repentinamente, a intensidade das contrações se acentua muito. Tornam-se muito fortes, a intervalos de dois ou três minutos, e com 60 a 90 minutos de duração — com picos muito intensos que perduram a maior parte da contração. Algumas mulheres, particularmente as que já tiveram filhos antes, experimentam picos múltiplos. Você pode achar que as contrações não desaparecem por completo e que não é possível relaxar no intervalo entre elas. Os 3 centímetros finais da dilatação, para completar os 10 centímetros, provavelmente ocorrerão em intervalo de tempo exíguo: em média, 15 minutos a 1 hora.

Os sintomas. Na fase de transição, é possível sentir forte pressão na região lombar baixa e/ou no períneo. A pressão

retal, com ou sem premência de fazer força para baixo ou de fazer força como se fosse evacuar, poderá fazê-la gemer involuntariamente. Ora sobrevêem uma sensação de muito calor e sudorese, ora uma de frio e tremores, ora ainda ambas alternadamente. A secreção vaginal sanguinolenta aumenta à medida que se rompe um maior número de capilares na cérvice; as pernas doem, ficam frias e talvez tremam incontrolavelmente. Você pode experimentar náusea e/ou vômitos; e uma sonolência pode tomar conta da parturiente entre as contrações, já que o fluxo de oxigênio é desviado do cérebro para a região do parto. Não admira que, a esta altura, você se sinta exaurida.

Do ponto de vista emocional, pode sobrevir a sensação de vulnerabilidade e de indefesa, como se você estivesse em situação de extrema angústia. Além da frustração de você não ser capaz de fazer força para baixo, podem ocorrer falta de ânimo, irritação, desorientação, inquietude e dificuldade de concentração e relaxamento (este talvez pareça impossível).

O que você pode fazer:

- Esperar. Ao fim dessa fase, o colo uterino se achará completamente dilatado e chegará a hora de iniciar a expulsão ativa do bebê.

- Em vez de pensar no que vem pela frente, tente pensar no que você já venceu.

- Surgindo a vontade de fazer força para baixo, faça respiração ofegante ou sopre, salvo se instruída em contrário. Fazer força contra uma cérvice ainda não completamente dilatada pode causar intumescimento cervical, que irá retardar o parto.

- Se você não quiser que ninguém a toque desnecessariamente, se as mãos confortadoras do marido agora a irritam, não hesite em dizer.

- Se as achar úteis, empregue as técnicas respiratórias aprendidas, que sejam apropriadas a esta fase (ou peça sugestões à enfermeira).

- Tentar relaxar entre as contrações (no que for humanamente possível) com respiração torácica lenta e ritmada.

O que o marido pode fazer:

- Ser específico e direto nas suas instruções, sem palavrório inútil. A esposa poderá achar a conversa entediante. Se ela não quiser a sua ajuda e preferir ficar sozinha, saia sem se sentir inútil ou rejeitado. Dê-lhe o espaço de que ela precisa, pelo tempo necessário, mas fique por perto para o caso de ela necessitar da sua ajuda.

- Oferecer muito encorajamento e elogios, a menos que ela lhe prefira calado. A essa altura, a troca de olhares ou o toque é mais expressivo que as palavras.

- Só tocar na esposa se ela achar confortador. A massagem abdominal poderá ser desagradável agora, embora a contrapressão aplicada aos rins talvez proporcione algum tipo de alívio às dores nas costas.

- Respirar com ela durante cada contração, se isso parecer ajudá-la.

- Lembrá-la de fazer frente a uma contração de cada vez. Talvez convenha avisá-la de quando começa a contração e de quando declina.

- Ajudá-la a relaxar no intervalo entre as contrações, tocando-lhe de leve o

Dor: Fatores de Risco

Sua percepção da dor pode aumentar por:	E pode diminuir com:
Solidão.	A companhia e o apoio das pessoas que se ama, e/ou da equipe médica.
Fadiga.	O repouso suficiente (evitar o excesso de atividade no nono mês); tentar repousar e relaxar no intervalo entre as contrações.
Fome e sede.	Um lanche leve durante o início do trabalho de parto; depois chupando cubos de gelo.
Receio: pensa-se nela, espera-se senti-la.	Outros pensamentos, outras distrações (embora não durante a expulsão), evitando pensar na dor; pensando nas contrações em termos de sua eficiência, e não o quanto doem; e lembrando que, por pior que seja o incômodo, ele será de duração relativamente breve.
Ansiedade e estresse, que crescem durante as contrações.	As técnicas de relaxamento no intervalo entre as contrações; concentrando-se nos esforços respiratórios e expulsivos quando elas ocorrem.
Medo do desconhecido.	Aprender o máximo possível a respeito do parto; levar a cabo o parto através de uma contração a cada vez; e não se preocupar com o que está por vir.
Autopiedade.	A consciência da sorte que você tem e da recompensa extraordinária que está para vir.
Sentimento de perda de controle e de desamparo.	O devido preparo pré-natal; sabendo o suficiente para sentir controle e confiança em certa medida.

abdome para fazê-la sentir quando a contração terminou. Lembrá-la de fazer uso da respiração vagarosa e ritmada.

- Se as contrações começarem a se anteludar e/ou se ela sentir vontade de fazer força para baixo — sem ter sido examinada há pouco — avisar à enfermeira ou ao médico. Talvez a dilatação se tenha completado.

- Oferecer-lhe cubos de gelo com freqüência, caso esta prática seja permitida, e limpar-lhe a testa com uma compressa fria repetidamente.

O que a equipe obstétrica estará fazendo:

- Continuará a propiciar um ambiente calmo e de apoio.
- Continuará a monitorização da mãe e do feto.
- Continuará a verificar a intensidade e a duração das contrações e os progressos que você vem fazendo.
- Providenciará os últimos preparativos para o parto, transferindo-a por fim para a sala de partos, se você ainda não estiver lá.

O SEGUNDO ESTÁGIO DO PARTO: OS ESFORÇOS EXPULSIVOS E O PARTO

A participação ativa da parturiente no nascimento do bebê foi até esse ponto ínfima. Embora ela tenha até então suportado a parte mais difícil, quem fez a maior parte do trabalho foram a cérvice e o útero (e o bebê). Mas agora que a dilatação se completou, a ajuda da parturiente será necessária para a expulsão do bebê através do canal do parto. Trata-se de um período que demorará de meia a uma hora, embora oscile entre 10 breves minutos ou duas a três horas (ou mais) muito longas.

As contrações do segundo período são em geral mais regulares do que as contrações da transição. Duram ainda cerca de 60 a 90 segundos, mas às vezes são mais espaçadas (em geral a intervalos de dois a cinco minutos) e possivelmente menos dolorosas — embora sejam por vezes mais intensas. Deverá agora haver um bem-definido período de repouso entre elas, embora talvez ainda haja dificuldade em reconhecer o início de cada contração.

Os sintomas. Comum no segundo período é a premente vontade de espremer ou de empurrar para baixo — embora nem toda mulher a experimente. Talvez você sinta um surto de renovadas energias (um segundo alento) ou fadiga; enorme pressão retal; contrações muito visíveis, com o útero subindo perceptivelmente a cada uma; aumento da secreção vaginal; sensação de formigamento, estiramento, queimação ou ardência na vagina à descida da cabeça; e uma sensação de umidade escorregadia ao desprender-se o bebê.

Emocionalmente, a sensação pode ser de alívio: agora você pode fazer força para baixo (embora algumas mulheres se sintam constrangidas ou inibidas); poderá também sentir euforia e excitação, ou, se os esforços expulsivos persistirem por mais de uma hora, frustração e desalento. Nos segundos períodos prolongados, a preocupação da mulher é muitas vezes menos de ver o bebê do que de dar por encerrados os esforços; é reação natural, e temporária, que de forma alguma refletirá a sua capacidade como mãe amorosa.

O que você pode fazer:

- Ficar na posição ideal para o parto (que vai depender da conduta hospitalar, da predileção do obstetra, do leito ou da cadeira onde você se acha e, mais importante, na que lhe seja a mais cômoda e eficaz possível). A posição semi-sentada ou de semicócoras

talvez seja melhor, por contar com a ajuda da gravidade no processo do nascimento e permitir maior força expulsiva.

- Dar tudo de si. Quanto mais eficazes os esforços expulsivos, e quanto mais energia despendida nesse esforço, mais rapidamente o bebê percorrerá o canal de parto. Mas mantenha seus esforços controlados, coordenando o ritmo com as instruções do médico ou enfermeira. Preste atenção às instruções. O esforço expulsivo desordenado, frenético, consome energia e é pouco eficaz.

- Não deixar que a inibição ou o constrangimento interrompa a ritmicidade dos esforços. Como esse esforço é transmitido a toda a região perineal, qualquer coisa que se encontrar nos intestinos poderá ser expulsa também; tentar evitá-lo durante o esforço expulsivo pode ser prejudicial à evolução do parto. Uma pequena evacuação involuntária (ou uma pequena eliminação de urina) é experimentada por todas ao parto — mesmo pelas que fizeram lavagem intestinal. Ninguém na sala de parto vai ficar pensando a respeito, e nem você deveria. Compressas de gaze são usadas para limpar qualquer matéria fecal imediatamente.

- Fazer o que vier naturalmente. Faça o esforço quando sentir vontade, salvo instruída em contrário. Respire profundamente algumas vezes enquanto aumenta a contração; respire mais uma vez e prenda. Em seguida, no auge da contração, empurre com todas as forças até não poder mais reter a respiração com comodidade. É possível que você sinta vontade de fazer força para baixo até cinco vezes a cada contração. Responda a essa vontade, e não tente prender a respiração e fazer força para baixo durante toda a contração; pausas respiratórias prolongadas poderão esgotá-la e privar o feto de oxigênio. E poderão também aumentar o risco de romper vasos sangüíneos nos olhos e no rosto. Várias respirações profundas quando cada contração cede ajudam a restaurar o equilíbrio respiratório. Se nada parece vir espontaneamente — e não vem para todas as mulheres —, o obstetra ou a enfermeira ajudará a direcionar seus esforços, reorientando-os se você perder a concentração.

- Relaxar todo o corpo, inclusive as coxas e o períneo a cada esforço expulsivo. A tensão não favorece tais esforços.

- Interromper os esforços ao ser instruída para tal (como pode acontecer para que se evite a expulsão muito rápida da cabeça). Em vez disso respire ofegantemente ou sopre.

- Repousar entre as contrações, com auxílio do marido e dos auxiliares. Caso se sinta de fato exausta, sobretudo quando o segundo período se prolonga exaustivamente, talvez o médico sugira para você interromper os esforços expulsivos durante várias contrações a fim de que você possa readquirir as forças.

- Não se frustrar ao ver a cabeça do bebê aparecer e depois tornar a desaparecer. O parto se faz com dois passos para a frente e um para trás.

- Lembrar de manter um olho no espelho (se houver um). Ao ver a cabeça do bebê (e ao tocá-la com a mão, se o obstetra aprovar), poderá vir a inspiração para novo esforço expulsivo. Além disso, a menos que o parto esteja sendo gravado em vídeo, não haverá *replay*.

Nasce o Bebê

1. *A cérvice mostra um certo adelgaçamento (apagamento), mas a dilatação ainda não começou.* **2.** *A cérvice já se dilatou completamente e a cabeça do bebê começa a se instalar no canal de parto (vagina).* **3.** *Para permitir que o menor diâmetro da cabeça se molde melhor para atravessar a pelve materna, o bebê costuma se virar em algum momento durante o trabalho de parto. Na ilustração, a cabeça ligeiramente rodada assume de início.* **4.** *Desprende-se a cabeça, a parte mais volumosa do bebê. O restante do parto se processará rápida e facilmente.*

Ao Olhar o Bebê pela Primeira Vez

As que esperam que o bebê vai nascer com o aspecto de um anjinho barroco — todo limpinho e de rosto rechonchudo, coradinho e belo — podem se preparar para um choque. Os nove meses nadando na bolsa de líquido amniótico e as compressões sofridas no útero em contração e ao atravessar o canal de parto têm seus efeitos sobre o aspecto do bebê. No que diz respeito à aparência, os bebês nascidos através de cesariana levam uma vantagem temporária.

Felizmente, as características descritas a seguir são temporárias. Uma bela manhã, alguns meses depois de trazer para casa aquela coisinha toda enrugada, um pouquinho magricela e de olhos inchados, você vai aproximar-se do berço e ver que o anjinho barroco a substituiu.

Uma cabeça de forma peculiar. Ao nascimento, a cabeça do bebê é, proporcionalmente, a maior parte do corpo, com a circunferência próxima à do tórax. Ao crescer, porém, o resto do corpo acaba se tornando maior. Muitas vezes, a cabeça se moldou de tal forma à bacia da mãe que adquiriu uma forma peculiar, possivelmente pontuda, de "cone"; a compressão de encontro ao colo insuficientemente dilatado poderá distorcer ainda mais a cabeça, fazendo crescer uma bossa grande (chamada *caput succedaneum*). A bossa vai desaparecer em uns dois dias; o aspecto peculiarmente moldado regride em cerca de duas semanas — época em que a cabeça do bebê começa a se arredondar e a tomar a forma da cabeça do anjinho barroco.

Os cabelos do recém-nascido. O cabelo que cobre a cabeça ao nascimento poderá ter pouca semelhança com o cabelo que o bebê terá depois. Alguns são virtualmente carecas; outros têm farta cabeleira, mas a maioria apresenta apenas uma leve penugem recobrindo a cabeça. Todos acabarão por perder o cabelo com que nasceram (embora esse processo possa não ser aparente), e esse será aos poucos substituído por um outro.

A vernix caseosa. A substância cascosa que recobre o feto no útero tem por finalidade, aparentemente, proteger a pele da prolongada exposição ao líquido amniótico. Os prematuros exibem-na em abundância ao nascer,

O que o marido pode fazer:

- Continuar a dar alento e apoio, mas não se magoar se sua mulher nem parece perceber que você está ali. As energias dela se acham necessariamente voltadas para outra coisa.

- Orientá-la nos esforços expulsivos e respiratórios, lançando mão dos conhecimentos adquiridos durante o preparo para o parto; ou repetindo as instruções da enfermeira ou do obstetra.

- Não se intimidar com o desempenho e a presteza da equipe médica que o cerca. A presença do pai também é importante. E, com efeito, cochichar "eu te amo" pode ser muito mais eficaz do que o que qualquer manobra experiente possa oferecer.

- Ajudá-la a relaxar entre as contrações — com palavras suaves, uma compressa fria colocada na testa, no pescoço e ombros da companheira e, se possível, uma massagem ou contrapressão para aliviar as dores nas costas.

- Se for permitido, continuar a oferecer cubos de gelo para umedecer-lhe a boca ressecada, quando necessário.

- Apoiar-lhe as costas durante os esfor-

os pós-maturos quase não a têm, exceto nas pregas cutâneas e sob as unhas.

Intumescimento da genitália. É comum em recém-nascidos de ambos os sexos e particularmente proeminente em meninos nascidos através de parto cirúrgico. As mamas dos recém-nascidos, meninos e meninas, também podem se mostrar intumescidas (às vezes até ingurgitadas, secretando uma substância esbranquiçada ou rosada semelhante ao colostro) devido ao estímulo dos hormônios maternos. Em meninas, os hormônios podem também estimular uma secreção vaginal branco-leitosa, até mesmo tingida de sangue. Não são efeitos anormais e desaparecem no prazo de uma semana a 10 dias.

Lanugo. Uma penugem fina, chamada lanugo, pode recobrir os ombros, as costas, a testa e as têmporas dos recém-nascidos a termo. Em geral cai em questão de uma semana. Em prematuros, a penugem pode ser até abundante e persistir por mais tempo.

Olhos edemaciados. O intumescimento ao redor dos olhos do recém-nascido é muitas vezes causado pela instilação de nitrato de prata usada como profilaxia de infecções, desaparecendo depois de alguns dias. Os olhos de recém-nascidos caucasianos são quase sempre de cor azul-ardósia, não importa a cor que venham a apresentar depois. Nas raças de pele mais escura, são quase sempre castanhos.

Sinais de nascimento e lesões cutâneas. Uma mancha avermelhada (hemangioma capilar) na nuca, pálpebras e fronte é muito comum, sobretudo em caucasianos. As manchas mongólicas — de pigmentação cinzento-azulada, na camada profunda da pele, e que aparecem nas costas, nádegas e às vezes braços e coxas — são mais comuns em asiáticos, sul-europeus e negros. São sinais que acabam por desaparecer, em geral quando a criança já conta quatro anos de idade. Os hemangiomas, manchas cor de morango, em relevo, variam muito de tamanho, indo das minúsculas às bem grandes. Acabarão se esmaecendo numa tonalidade cinzento-pérola pontilhada e desaparecerão inteiramente. As manchas café-com-leite podem surgir em qualquer região do corpo; costumam ser indistintas e não desaparecem. Uma ampla gama de erupções ou eritemas pode também aparecer em recém-nascidos, mas são sempre temporários.

ços expulsivos, sempre que necessário; segurar-lhe a mão, secar-lhe a testa — ou o que mais parecer ajudá-la. Se ela sair da posição, ajudá-la a voltar.

- Fazê-la notar, periodicamente, os progressos. Ao coroar a cabeça do bebê, lembrá-la de olhar no espelho para ver que está conseguindo; se ela não estiver olhando ou se não houver espelho, descreva-lhe o quadro, palmo a palmo. Segure a sua mão e toque-lhe a cabeça para renovar-lhe a inspiração (desde que o obstetra concorde).

- Se você tiver a oportunidade de "segurar" o bebê quando este se desprende, ou depois de cortar o cordão, não se apavore. São manobras fáceis — e você será instruído passo a passo pelos assistentes.

O que a equipe obstétrica poderá fazer:

- Colocar a parturiente na sala de partos se ela ainda não estiver lá. Se você estiver numa cama obstétrica, eles simplesmente removerão os pés da cama para preparar o parto.

- Dar-lhe apoio e orientação durante a evolução do parto.

- Continuar a checar a condição do feto periodicamente, em geral por breves períodos de monitorização fetal.

- Ao coroar a cabeça, preparar-se para o parto — colocação dos campos e dos instrumentos necessários, colocação do vestuário apropriado (aventais e luvas), anti-sepsia da região perineal com solução apropriada.

- Fazer uma episiotomia pouco antes da cabeça ser desprendida, se necessário. Injeta-se em geral primeiro um anestésico local no períneo. Isso é feito em meio a uma contração, quando a cabeça do bebê exerce pressão sobre a área e a entorpece. A incisão também será feita durante uma contração, se o períneo estiver já anestesiado, e provavelmente será indolor.

- Decidir-se pelo uso do fórceps para facilitar a saída da cabeça do bebê se o segundo período durar mais de duas horas (há médicos que esperam até mais quando a mãe e o bebê estão passando bem), se o bebê revelar sinais de intolerância aos estresses do trabalho de parto, se a sua condição clínica impedir a continuação dos esforços expulsivos, ou se o progresso for impossibilitado por apresentação fetal um pouco irregular ou por desproporção entre o conceito e a bacia. (Ver Uso do Fórceps, p. 328.) Em geral será ministrado um anestésico local caso não se tenha feito bloqueio epidural ou semelhante, porque o parto a fórceps pode ser doloroso. Se não for possível usar fórceps ou se este não resolver o problema, a cesariana talvez se afigure como a via de parto mais segura para você e para o bebê.

- Ao emergir a cabeça, aspirar prontamente o nariz e a boca do bebê para remoção de muco, e em seguida ajudar na extração dos ombros e do tronco.

- Pinçar e cortar o cordão umbilical, possivelmente com o bebê colocado sobre o abdome da mãe. O marido talvez seja convidado a fazê-lo. Alguns obstetras preferem esperar pelo delivramento da placenta ou que o cordão pare de pulsar antes de cortá-lo.

- Assegurar o atendimento inicial ao recém-nascido: avaliar-lhe as condições e quantificá-las na escala de Apgar ao primeiro e quinto minutos após o nascimento (ver p. 329); fazer-lhe uma fricção ou massagem rápida, estimuladora, secando-o; identificá-lo, afixando-lhe um bracelete com o seu nome ao punho; administrar-lhe o colírio para prevenir infecção; pesar o bebê e enrolá-lo para evitar a perda de calor. (Em alguns hospitais, alguns destes procedimentos podem não ser feitos; em outros, muitos deles são feitos depois, no berçário.)

- Mostrar o bebê já limpo para você e para o seu marido. A menos que haja problema, vocês poderão segurar o bebê durante algum tempo. Você pode, se desejar, tentar amamentar (não se preocupe se você e o bebê não se entenderem imediatamente — ver Como Iniciar a Amamentação, p. 436).

- Depois de vocês se conhecerem, provavelmente levarão o bebê para o berçário (ao menos temporariamente) e vão transferi-la para o seu quarto.

O TERCEIRO ESTÁGIO DO PARTO: A EXPULSÃO DA PLACENTA OU SECUNDAMENTO

O pior já passou, o melhor já veio. Tudo o que resta já não tem mais qualquer serventia, por assim dizer. Durante esse período final do parto (que de um modo geral dura de cinco minutos a meia hora ou mais) a placenta, que foi o esteio da vida do bebê dentro do útero, será expulsa. As contrações continuarão, leves, com a duração de aproximadamente um minuto, embora você talvez não as sinta. A pressão por elas exercida sobre o útero separa a placenta da parede uterina e a desloca para o segmento uterino inferior ou para a vagina, de sorte que você pode extraí-la. Expulsa a placenta, a sutura da episiotomia ou de qualquer ferida lacerada será feita.

Sintomas. Agora que o seu trabalho terminou, você talvez sinta fadiga, ou, ao contrário, talvez tenha um surto de renovação das energias. A sede poderá ser intensa, e, sobretudo em trabalho de parto prolongado, também a fome. Algumas mulheres sentem calafrios nesse período; todas eliminam uma secreção vaginal sanguinolenta (os lóquios), comparável à de um período menstrual de maior intensidade.

Para muitas, a reação emocional imediata é a sensação de alívio. Pode também haver euforia e loquacidade; exaltação ou júbilo, temperados pelo novo senso de responsabilidade; impaciência ao ter de expelir, com novos esforços, a placenta, ou de submeter-se à reparação da episiotomia ou de ferida lacerada, embora talvez se sinta muito excitada ou cansada para se importar. Há mulheres que sentem forte intimidade com o marido e um vínculo imediato com o recém-nascido; outras se sentem um tanto desinteressadas (quem é esse estranho no meu colo?), ou até ressentidas (como me fez sofrer!), sobretudo depois de um parto difícil. (Ver pp. 307 e 430 para maiores detalhes a respeito.)

O que você pode fazer:

- Ajudar a expelir a placenta, através de esforços expulsivos, conforme a orientação dada.
- Ter paciência enquanto se repara a episiotomia ou feridas laceradas.
- Segurar o bebê, enquanto se corta o cordão. Em alguns hospitais, e em certas circunstâncias, o bebê pode ser mantido durante algum tempo num berço aquecido ou pode ser segurado pelo pai.
- Orgulhe-se do seu feito, relaxe e desfrute-o! E não se esqueça de agradecer ao marido.

O que o marido pode fazer:

- Fazer elogios merecidos à mulher — e congratular-se pelo trabalho bem-feito.
- Estabelecer laços com o bebê, segurando-o e acariciando-o agora.
- Não esquecer de estabelecer um vínculo marido-mulher, também.
- Pedir à enfermeira algum suco para a

sua mulher; ela poderá estar com muita sede. Depois de reidratada, e se os dois estiverem dispostos, estoure o champanhe e comemorem.

- Tirar fotos, se você levar sua máquina, ou gravar o choro do bebê, se houver gravador.

O que a equipe obstétrica poderá fazer:

- Ajudar a extrair a placenta. O procedimento exato vai depender do obstetra e da situação. Alguns tracionam delicadamente o cordão com uma das mãos enquanto com a outra comprimem e massageiam o útero; outros apenas comprimem para baixo o alto do útero, pedindo-lhe que empurre na hora apropriada. Muitos médicos fazem uso da ocitocina, por injeção endovenosa, para estimular as contrações uterinas, que acelerarão a expulsão da placenta e minimizarão o sangramento.

- Examinar a placenta para certificar-se de sua integridade. Se não estiver íntegra, o obstetra vai inspecionar o útero manualmente para remover possíveis fragmentos placentários que tenham ficado retidos.

- Cortar o cordão, se ainda não foi cortado.

- Suturar a episiotomia ou qualquer laceração, se houver. Provavelmente será empregado um anestésico local (se ainda não tiver sido usado). Você sentirá uma picada.

- Verificar a vagina para remover coágulos ou esponjas usadas durante a episiotomia.

- Lavar com esponja o segmento inferior do seu corpo, ajudá-la a vestir um avental limpo e a colocar um absorvente.

- Conduzi-la em cadeira de rodas até o seu quarto, ou à sala de repouso. Se você estiver numa cama obstétrica, recolocarão no lugar os pés da cama.

- Levar o bebê ao berçário para um banho e para outras medidas de proteção. (Em caso de alojamento conjunto, o bebê retornará em seguida.)

O Parto na Apresentação Pélvica (Nádegas)

No que diz respeito à mãe e ao marido, o trabalho de parto e o parto vaginal de bebê que se apresenta de nádegas pouco diferem dos do que se apresentam de vértice (com a cabeça); a conduta adotada por ambos para enfrentar a situação é praticamente idêntica. As atividades da equipe obstétrica, contudo, serão diferentes: vão depender do tipo de apresentação pélvica e do procedimento obstétrico que o médico resolver seguir.

Até o segundo período, o parto vaginal nesse tipo de apresentação progride como o parto nas apresentações cefálicas. Mas é sempre considerado um trabalho de parto, que só se permitirá prosseguir enquanto a evolução se fizer normalmente. Em virtude da sempre possível necessidade de cesariana, você

provavelmente será transferida para a sala de partos ou para o centro cirúrgico ao fim do primeiro período. Dependendo da posição exata do bebê, o médico vai determinar a forma mais segura e eficaz de prosseguir. (O mais aconselhável nesses casos também depende da experiência do obstetra. Pedir para que ele faça uma manobra de que você já ouviu falar, mas que não se sente à vontade para praticar, não atende ao seu interesse ou ao do bebê.)

Conduta comum é permitir que o bebê nasça naturalmente até que as pernas e a metade inferior do tronco tenham sido expulsas. Administra-se então um anestésico local e os ombros e a cabeça são extraídos, com ou sem o auxílio de fórceps.

Não é provável que se tente o parto vaginal na apresentação pélvica completa (ver p. 278) ou na pélvica incompleta, modo de pé (em que uma perna se insinua pelo canal do parto), se a cabeça do bebê está voltada para cima ou quando se estima que o feto seja macrossômico (muito grande) ou quando há desproporcionalidade cefalopélvica, quando o parto é prematuro, ou ainda quando há sofrimento fetal.

Uma grande episiotomia não raro se faz necessária no parto pélvico, mas por vezes pode ser evitada. A posição da parturiente no parto pélvico vai variar, dependendo da situação e da experiência do obstetra. Alguns preferem que a mulher fique deitada de costas, com as pernas nos estribos.

Depois de expulso o bebê, a conduta torna a ser idêntica à do parto cefálico.

Cesariana: O Parto Cirúrgico

No parto cirúrgico, diversamente do vaginal, você não será capaz de participar ativamente. E, com efeito, a contribuição mais importante para o bem-estar do bebê e para o êxito do parto poderá ser dada por você antes de chegar ao hospital: a preparação. Preparada intelectual e emocionalmente para a cesariana, caso venha a dela precisar, você estará minimizando qualquer desapontamento que possa sentir e ajudando a torná-la uma experiência positiva.

Graças à anestesia local e à liberalização dos regulamentos hospitalares, as mulheres, na grande maioria (e não raro os maridos), conseguem participar do parto cesáreo. Como não se preocupam com o esforços expulsivos e nem com outros incômodos, são muitas vezes capazes de relaxar e de apreciar o nascimento — algo que no parto vaginal raramente se consegue.

Eis o que esperar num parto cirúrgico típico:

- Os pêlos púbicos e/ou abdominais serão raspados; um cateter é introduzido na bexiga para mantê-la vazia e fora do caminho do cirurgião.
- No centro cirúrgico — a sala de operações —, arruma-se o campo cirúrgico em rigorosa condição de assepsia na região abdominal exposta, que é lavada com solução anti-séptica. Se você estiver desperta durante o parto, será colocada uma tela à altura do seus ombros para que você não veja o ato da incisão.
- Dá-se início ao gotejamento de soro na veia para facilitar o acesso venoso caso surja necessidade de outros medicamentos.

- Será ministrada a anestesia: seja epidural ou por bloqueio raquiano (as duas adormecem a região inferior do corpo mas não a fazem dormir), ou ainda a anestesia geral (que a fará dormir — às vezes necessária numa emergência, quando o bebê deve ser extraído imediatamente).

- Em caso de anestesia regional e se o marido vai comparecer ao parto, ele estará vestido com roupa cirúrgica. Sentará perto de você para dar-lhe apoio emocional e segurar-lhe a mão; terá a opção de assistir à cirurgia. (Saiba você ou não antecipadamente que vai ser submetida à cesariana, é boa idéia discutir com o médico se o marido terá permissão para assistir ao parto cirúrgico.) Em geral, se for empregada anestesia geral, o marido será solicitado a esperar fora do centro cirúrgico.

- Em caso de parto cirúrgico de emergência, tudo transcorrerá de forma muito rápida. Não se alarme com a aparente agitação a seu redor. Esteja preparada para a possibilidade de que a política hospitalar e a preocupação com a sua segurança e com a do bebê impossibilitem a presença do marido durante o parto, que só demorará cerca de 5 a 10 minutos.

- Certificado o obstetra do efeito anestésico, ele faz a incisão (um corte) na região abdominal baixa. Se você estiver desperta, talvez experimente uma sensação um pouco "esquisita", mas nenhuma dor.

- É feita a seguir uma segunda incisão, desta feita no segmento inferior do útero. É rompido o saco amniótico, e o líquido em seu interior é aspirado; talvez você ouça o som de uma espécie de gargarejo ou algo semelhante.

- O bebê é então retirado, com as mãos ou com fórceps, em geral com um auxiliar comprimindo a extremidade superior do útero. No caso de anestesia epidural (embora não no bloqueio espinhal) você provavelmente perceberá a sensação de empurrar ou de puxar, além de alguma pressão. Se estiver ansiosa para ver a chegada do bebê, peça ao médico para abaixar a tela brevemente, que lhe permitirá ver o nascimento propriamente, mas não com pormenores técnicos.

- O nariz e a boca do bebê são aspirados; você ouvirá o primeiro choro, e, se o cordão for suficientemente longo, poderá dar uma rápida olhada nele.

- O cordão logo vai ser pinçado e seccionado, e enquanto se dispensa a mesma atenção ao bebê que no parto vaginal, o médico remove a placenta.

- Em seguida o obstetra passa rapidamente em revista rotineira os órgãos reprodutores e fecha as incisões feitas.

- Talvez ele injete ocitocina por via intramuscular ou a coloque no frasco de soro endovenoso, para ajudar na contração uterina e deter o sangramento. Podem ser administrados antibióticos intravenosos para minimizar as chances de infecção.

- Dependendo das suas condições e das do bebê, e também do regulamento do hospital, talvez você possa segurar o seu filho ali mesmo na sala de parto. Se você não puder, talvez o seu marido possa. Se o bebê tiver de ser levado às pressas ao CTI do berçário, não se aborreça. É rotina em muitos hospitais, e não significa necessariamente problema com o bebê. No que diz respeito aos laços afetivos com ele, tanto faz firmá-los antes ou depois.

Parte 3

ATENÇÃO ESPECIAL

15

Quando a Gestante Adoece

Toda mulher espera sucumbir a pelo menos alguns dos sintomas menos desejáveis da gravidez durante os nove meses — à náusea matinal e às câibras nas pernas, por exemplo, ou à indigestão e à exaustão. Mas algumas se surpreendem ao descobrirem que são também suscetíveis a sintomas que nada têm a ver com a gestação: os vinculados a doenças comuns da nossa "civilização" como os resfriados, as gripes, as gastrenterites e mesmo o sarampo ou a caxumba. Embora a maioria dessas afecções não interfira na gestação uma ou outra pode interferir. A prevenção, naturalmente, é a melhor conduta a se manter durante o ciclo gestatório. Quando falha, no entanto, o tratamento imediato e seguro, na maioria dos casos sob supervisão médica, é essencial para que a gestante proteja a si mesma e ao bebê.

As Preocupações Comuns

GRIPE OU RESFRIADO

"Apanhei um resfriado terrível e estou com medo de prejudicar o bebê."

As mulheres, na grande maioria, sofrem pelo menos um episódio de gripe ou de resfriado durante os nove meses. Por mais incômoda que seja a doença, trata-se de enfermidade branda que em geral não interfere com a gravidez. Entretanto, os medicamentos que você provavelmente está acostumada a tomar para esses males (antigripais, antihistamínicos) podem afetar o processo gestacional. Portanto, não tome qualquer medicação, inclusive a aspirina (ver p. 366) e nem megadoses de vitamina C, sem a aprovação do médico. Este será capaz de lhe dizer quais os tratamentos que são seguros durante a gestação e qual o preferível para o seu caso. Nenhum desses tratamentos cura um resfriado, embora alguns aliviem os sintomas. (Ver p. 367 para algumas informações sobre o uso de medicamentos durante a gestação.)

Se você já tomou algumas doses de um ou de outro medicamento, não entre em pânico. É muito boa a probabilidade de que não tenham causado mal. Mas verifique com o médico se você estiver preocupada.

Felizmente para você e para o seu bebê, alguns dos melhores medicamentos contra gripes e resfriados são os mais seguros também:

- Corte o resfriado pela raiz antes de tornar-se um caso sério de bronquite ou antes de sobrevir uma infecção secundária. Ao primeiro espirro vá para a cama ou pelo menos tente repousar um pouco mais.

- Ao deitar ou ao dormir, mantenha a cabeça um pouco elevada para facilitar a respiração.

- Não deixe de se alimentar e nem ao bebê. Persista com a Dieta Ideal tenha ou não apetite: force a alimentação, se necessário. Beba sucos de frutas cítricas ou coma esse tipo de fruta todos os dias, mas não tome mais vitamina C sem recomendação do médico (além da dose recomendada para a gestação).

- Beba líquidos em abundância. A febre, os espirros e o nariz escorrendo fazem com que o organismo perca líquidos de que você e o bebê necessitam urgentemente. Tenha sempre à cabeceira uma jarra de laranjada (morna) — por exemplo, meia xícara de suco de laranja concentrado e sem açúcar em 1 litro de água quente — e beba pelo menos um copo ou uma xícara por hora. Tente também a canja de galinha, um santo remédio. Além de repor a perda de líquido também conforta a sofredora.

- Mantenha úmida a mucosa nasal com umidificador e pingue ou pulverize água e sal no nariz.

- Se a garganta dói ou arranha, ou se você tem tosse, gargareje água e sal (1 colher das de chá de sal em 1 copo — 200 ml — de água) à temperatura do chá quente, mas não escaldante.

- Faça a febre baixar naturalmente. Tome banhos frios (de chuveiro ou de imersão) ou molhe o corpo com esponja embebida em água morna; beba bebidas frias; e use roupas de baixo leves. Se a febre chegar a 38,9°C, chame imediatamente o médico (ver p. 365.)

Infelizmente, os resfriados tendem a durar mais durante a gravidez, possivelmente porque o sistema imunizador atua com mais calma para proteger o bebê (um corpo estranho) da rejeição imunológica. Se o resfriado ou a gripe forem muito intensos a ponto de interferir com a alimentação ou o sono, se você estiver com tosse produtiva, eliminando escarro amarelo ou esverdeado, ou se os sintomas durarem mais de uma semana, chame o médico. Talvez ele lhe prescreva um medicamento mais poderoso contra o resfriado e que possa ser usado durante a gravidez. Em caso de infecção bacteriana, talvez se faça necessário exame do escarro e prescrição de antibiótico.

Não deixe de chamar o médico ou de tomar algum medicamento prescrito só porque ouviu dizer que todas as drogas durante a gravidez são prejudiciais. Não são.

Para se prevenir contra o resfriado a que todas estamos expostas, consulte p. 368.

DOENÇAS GASTRINTESTINAIS

"Estou com uma gastrenterite e não consigo me alimentar direito. Será que vou prejudicar o bebê?"

Felizmente a gastrenterite (processo inflamatório do estômago e dos intestinos) costuma ser processo de duração limitada — muitas vezes não mais do que **24 horas e raramente por mais de 72 horas.** Enquanto for mantido o equilíbrio hídrico mediante uma reposição adequada, mesmo a completa ausência de ali-

mentos sólidos por um ou dois dias não vai prejudicar o bebê.

Mas o fato de que o vírus que a atinge não estar afetando o bebê não é motivo para ignorá-lo. Damos aqui algumas recomendações para acelerar a recuperação e para lhe dar mais conforto:

- Vá para a cama, se possível. O repouso na cama, sobretudo em quarto silencioso e escuro, parece reduzir os sintomas da gastrenterite.

- Reponha abundantemente os líquidos. A diarréia e o vômito são extremamente desidratantes. E como a ingestão de líquidos é mais importante que a de sólidos durante esse breve período, é essencial tomar líquidos em abundância. Tome-os da forma que melhor lhe convier (seja sob a forma de água, de soda, de chá, de suco de laranja diluído em igual quantidade de água, ou, se a diarréia não for também um problema, na forma de suco de uva ou de maçã diluído) em pequenos goles o mais freqüentemente possível (tente beber de 15 em 15 minutos). Se você não conseguir manter nem mesmo isso no estômago, chupe cubos de gelo. Evite o leite e os refrigerantes: só prolongam os sintomas.

- Modifique a dieta. A sabedoria popular diz que, a menos que você esteja morta de fome, o melhor é não comer nada durante as primeiras doze horas da gastrenterite. As pesquisas mais recentes, entretanto, sugerem que a ingestão de sólidos talvez seja preferível à semi-inanição. Peça um conselho ao médico. Seja a conduta que for, o melhor é fazer uma dieta simples durante o período da infecção. Atenha-se primeiro aos sucos de frutas não ácidas e diluídos, aos caldos e às sopas, ao creme de arroz, às torradas de pão branco sem manteiga, ao arroz branco, às batatas cozidas sem casca, às bananas, à gelatina. Aos poucos, vá acrescentando o que lhe apetecer, queijo, iogurte, galinha, peixe e então as verduras e as frutas cozidas, antes de voltar à dieta normal.

- Complemente quando puder. Mantenha o complemento vitamínico, mas não se incomode de passar sem ele durante alguns dias. Não tem problema algum.

- Consulte o médico. Discuta com ele todos os sintomas, particularmente a febre, que talvez tenha de ser tratada. Torne a chamá-lo, se necessário, ou se os sintomas não cederem depois de 48 horas. Talvez você necessite de medicação.

Se os outros que comeram com você também estão passando mal, talvez se trate de intoxicação alimentar. Outras possibilidades são as parasitoses intestinais, se você andou por alguma zona endêmica. Então é preciso consultar o médico.

Naturalmente, melhor do que tentar curar uma doença é preveni-la. Portanto, observe sempre as dicas para prevenção à p. 368.

RUBÉOLA

"Eu me expus à rubéola onde trabalho. Devo pensar em aborto?"

Trata-se de uma questão que só uma entre sete mulheres precisa enfrentar. As outras seis, felizmente, são imunes à doença, seja porque já a contraíram (em geral durante a infância), seja porque já foram vacinadas (em geral durante a adolescência ou depois de casarem). Talvez você não saiba se é ou não imune, mas pode facilmente descobrir através de um exame simples — o título de anticor-

pos contra a rubéola — em que se mede o teor de anticorpos contra o vírus da doença. É um simples exame de sangue que costuma ser pedido na primeira consulta do pré-natal. Se você ainda não o fez, faça-o agora.

Se você verificar que não está imune, ainda não precisa considerar medidas drásticas imediatamente. A exposição por si só não costuma prejudicar o bebê. Para que o vírus cause alguma lesão, a gestante precisa contrair a doença. Os sintomas, que se manifestam duas ou três semanas após a exposição, costumam ser brandos (mal-estar, febre baixa, gânglios inchados, seguindo-se uma discreta erupção um ou dois dias depois). A doença pode às vezes não ser percebida. Um exame de sangue, contudo, durante esse período permite descobrir se a infecção está ou não em atividade. Por volta da 22ª semana é possível testar o feto para ver se foi ou não infectado (antes, a infecção pode não se revelar), embora isso raramente seja necessário.

Lamentavelmente, não há uma forma absolutamente segura de prevenção da doença na mulher exposta. Algum tempo atrás tinha-se por rotina aplicar injeções de gamaglobulina, mas hoje se sabe que não é uma conduta preventiva eficaz. Se você contrair a doença precisará discutir o problema com o médico: precisará tomar conhecimento de todos os riscos fetais para então decidir o que fazer. Nos Estados Unidos é lícita a prática do aborto terapêutico. Cumpre entender que os riscos existentes diminuem com o evoluir da gestação. Se a gestante contraiu a doença no primeiro mês o risco de malformações é elevado: cerca de 35%. Por volta do terceiro mês, o risco cai para 10% a 15%. Daí em diante, o risco passa a ser muito pequeno.

O risco de exposição em países como os Estados Unidos é pequeno. Como a vacinação se tornou rotina naquele país, a doença tem se tornado cada vez mais rara. Mesmo assim, se você não for imune e não contrair a doença nessa ocasião, evite qualquer preocupação em gestações futuras vacinando-se depois do parto. Como precaução, você não poderá engravidar após tomar a vacina durante dois ou três meses. Mas se você engravidar acidentalmente durante esse período — ou se você foi vacinada no início da atual gestação, antes de saber que estava grávida — não se preocupe. Embora exista em tese um risco de lesão fetal, não há casos publicados de bebês com rubéola congênita em mães inadvertidamente vacinadas no início da gravidez ou que conceberam logo depois da vacinação.

TOXOPLASMOSE

"Apesar de agora deixar o meu marido cuidar e tratar dos gatos, o simples fato de conviver com eles dentro de casa me deixa preocupada com a toxoplasmose. Como vou saber se contraí a doença?"

Você provavelmente não saberá. A maioria das pessoas infectadas não apresenta sintomas, embora algumas percebam mal-estar, febre baixa e apresentem gânglios linfáticos inchados duas ou três semanas após a exposição, seguidos, um dia ou dois depois, por uma erupção.

A única maneira de saber se de fato ocorreu a infecção é através de um exame de sangue; este exame indicará se o parasito, o *Toxoplasma gondii*, instalou-se no organismo de mulher que não tinha anticorpos para combatê-lo. Procure fazer esse teste antes de engravidar; fale com o médico. Se você tiver anticorpos — o que é muito provável se conviver com gatos — você está imune e não mais precisa se preocupar agora com a infecção. Se não tiver anticorpos, não estará imune. Nesse caso, recomenda-se repetir a dosagem de anticorpos IgG a intervalos de um ou de dois meses até o parto.

Se os testes se tornarem positivos é provável que tenha ocorrido infecção.

Nessa improvável eventualidade (acredita-se que nos EUA só uma mulher em 1.000 se infecta durante a gravidez) a próxima etapa será discutir o problema com o médico. O momento durante a gravidez em que ocorreu a infecção é um ponto a considerar. O risco de comprometimento fetal no primeiro trimestre é relativamente pequeno, provavelmente menos de 15%. Não obstante, o risco de grave lesão fetal é elevado. No segundo trimestre, a probabilidade de infecção é um pouco maior, mas o risco de lesão fetal é um tanto menor. No terceiro trimestre é grande a probabilidade de lesão fetal, mas o risco de grave lesão é muito pequeno. Só um bebê entre 10.000 nasce com toxoplasmose congênita grave.

Outro fator a considerar é se o próprio feto se infectou ou não. Atualmente é possível identificar a infecção fetal através da amniocentese, e também através do exame de amostra do sangue fetal e/ou de líquido amniótico, embora não antes de 20 a 22 semanas. Se não houver infecção fetal, provavelmente o feto não foi atingido. Por fim, recomenda-se que a mulher que contraia a doença e que não queira terminar a gravidez seja tratada com antibióticos especiais — possivelmente durante vários meses. Esse tratamento parece reduzir enormemente o risco de grave lesão fetal.

Se você ainda não fez o teste, então segundo o que se recomenda atualmente não há motivo para fazê-lo, a menos que você apresente sintomas. Os testes não têm precisão suficiente para identificar nova infecção (em mulher que nunca foi testada antes) e para distinguir esses casos dos antigos. Noutras palavras: os anticorpos podem ter sido desenvolvidos recentemente ou em época mais remota.

O melhor "tratamento" para a toxoplasmose é a prevenção. Ver p. 93 para algumas dicas preventivas.

CITOMEGALOVÍRUS (CMV)

"Sou professora numa creche-berçário. Me disseram para entrar de licença durante toda a gravidez para que eu não corresse o risco de contrair citomegalovirose. A doença poderia prejudicar meu bebê."

Apesar de cerca de 25% a 60% de todos os pré-escolares serem portadores do citomegalovírus e serem capazes de excretá-lo na saliva, na urina e nas fezes durante meses ou mesmo anos, a probabilidade de você contrair a infecção e transmiti-la ao feto é pequena. Primeiro, o vírus não é tremendamente contagioso. Segundo, a maioria dos adultos já se infectou na infância. Se você estiver entre essa maioria, não poderá "pegar" a doença dos pequenos de que cuida atualmente. (Se a doença for reativada, os riscos para o bebê são menores do que se a contrair durante a gestação.) Terceiro, embora 1 entre 100 bebês nasça com o vírus, só uma pequena porcentagem desses apresenta os efeitos patológicos que costumam se vincular à infecção citomegalovirótica congênita: icterícia, surdez para os tons altos e problemas oculares.

Mesmo assim, a menos que tenha certeza de já ter sido infectada, talvez seja uma boa idéia, se o médico sugerir, entrar de licença pelo menos durante as primeiras 24 semanas de gestação, época em que o risco para o feto é maior. Se isso não for possível, talvez convenha usar luvas durante o trabalho, lavando-as cuidadosamente depois de trocar fraldas (o que você deve fazer, de qualquer forma), e resistir à tentação de beijar os pequenos ou a comer os seus restinhos.

Embora as gestantes que já tenham filhos pequenos possam se preocupar em pegar citomegalovirose no berçário, a possibilidade é tão remota que a preocupação não se justifica. Isso não quer dizer, decerto, que a boa higiene em casa deva ser ignorada — preocupe-se vo-

cê ou não com a doença, essa medida deve ser sempre praticada.

Caso apresente sintomas semelhantes ao da gripe ou de mononucleose (febre, fadiga, linfadenopatia — gânglios linfáticos inchados —, dor de garganta) verifique o problema com o médico. Se forem sintomas de CMV, ou de outra enfermidade, precisarão de tratamento.

A QUINTA DOENÇA (ERITEMA INFECCIOSO)

"Nunca tinha ouvido falar dessa quinta doença, mas me disseram que pode causar problemas durante a gravidez."

A quinta doença — tecnicamente o "eritema infeccioso", causado pelo parvovírus humano B 19 — é a quinta de um grupo de seis doenças que causam febre e erupção em crianças. Mas diversamente das outras cinco companheiras (como a varicela), o eritema infeccioso não é amplamente conhecido porque seus sintomas são brandos e podem passar despercebidos. A febre só se manifesta em 15% a 30% dos casos e o exantema (a erupção) — que durante os primeiros dias dá a impressão da criança ter sido esbofeteada — acaba por se propagar pelo tronco, pelas nádegas e coxas, desaparecendo e retornando (em geral em resposta ao calor do sol ou aos banhos quentes) durante uma a três semanas. É muitas vezes confundida com a rubéola e com outras doenças da infância. A exposição constante à criança infectada — seja tomando conta dela constantemente, seja como professora numa escola — aumenta o risco da gestante desenvolver a infecção.

Recentemente, a quinta doença foi vinculada a um ligeiro aumento do risco de aborto espontâneo em mulheres que a contraem. Mas como a maioria das mulheres em idade fértil já é imune por se ter infectado na infância, a infecção de gestantes não é comum. Se a doença causar aborto numa gestação, a repetição desse desenlace em gestação futura pelo parvovírus não é provável.

Em raras ocasiões, a quinta doença pode causar uma forma incomum de anemia fetal, semelhante à da doença Rh. Por esse motivo, as mulheres com a quinta doença durante a gestação são em geral examinadas periodicamente pela ultra-sonografia na busca de edema fetal (resultante da retenção de líquido) que é característico desse tipo de anemia. Sendo essa anormalidade encontrada, provavelmente necessitará de tratamento.

INFECÇÕES ESTREPTOCÓCICAS

"Li em uma revista que a infecção estreptocócica na mãe pode matar o bebê. É terrível imaginar que posso estar com uma infecção desse tipo."

As manchetes sensacionalistas e mais assustadoras ajudam a vender revistas, embora prestem um desserviço aos leitores. Apesar de ser verdade que o bebê que contrai uma infecção estreptocócica durante o parto pode adoecer e até morrer, com a moderna prática obstétrica isso não tem mais como acontecer.

Como não há sintomas que mostrem que a gestante é portadora dessas bactérias (estreptococos do grupo B), os profissionais, na maioria, pedem uma cultura bacteriana, em geral através de *swab* vaginal em todas as pacientes grávidas entre a 26ª e a 28ª semana. Se o resultado for positivo, entram com antibiótico assim que a membrana se rompa ou que ela entre em trabalho de parto. As pesquisas revelam que essa conduta protege de forma eficaz o bebê. (Tratar antes pode não ter utilidade porque as bac-

térias têm tempo de se reagrupar e de estabelecer outra colônia antes do trabalho de parto começar.)

Portanto, embora você não deva se preocupar, certifique-se de fazer o mencionado exame (cultura) e de ser tratada caso o resultado seja positivo.

DOENÇA DE LYME

"Soube que moro em área de alto risco da doença de Lyme. Mas não sei se é perigosa para quem está grávida."

A doença de Lyme — que recebe esse nome por ter sido descoberta pela primeira vez na cidade de Lyme, no estado de Connecticut, nos EUA — é mais comum entre as pessoas que freqüentam bosques habitados por camundongos e outros animais que abrigam o carrapato transmissor da doença. Mas podem ser encontrados também noutros lugares e em verduras provenientes do interior, por exemplo. A doença pode ser transmitida ao feto, mas não se sabe ao certo se ele pode ou não sofrer lesão permanente. Suspeita-se, embora não esteja provado, que a doença talvez se acompanhe de anomalias cardíacas em bebês de gestantes infectadas.

A melhor forma de proteger o bebê e a si própria é através de medidas preventivas. Quando for a regiões ou zonas endêmicas use roupas condizentes: calça comprida e botas, por exemplo; use repelentes nas roupas contra os carrapatos, mas não na pele. Ao voltar para casa procure por pequenos carrapatos no corpo (ao removê-los logo depois de se fixarem à pele praticamente elimina o risco de infecção) e tome um banho de chuveiro.

Se suspeitar que foi infectada, comunique o médico imediatamente. (Entre os primeiros sintomas estão um exantema "em olho-de-boi" no local da picada, fadiga, dor de cabeça, febre e calafrios, mal-estar generalizado, linfadenopatia (gânglios inchados) junto ao local da picada; outros sintomas possíveis são o eritema ou o edema ocular, o comportamento estranho, dor de garganta e tosse seca, urticária ou uma erupção generalizada. O pronto tratamento pode impedir a transmissão da doença para o bebê e evitar a evolução para forma de maior gravidade.

SARAMPO

"Sou professora. Uma criança lá na escola está com sarampo. Devo tomar vacina?"

Não. A vacinação contra o sarampo não é feita durante a gravidez: há um risco teórico de comprometer o feto, embora não tenham sido documentadas anomalias congênitas em gestantes vacinadas inadvertidamente. Além disso, há uma boa chance de você já ser imune ao sarampo: a maioria das mulheres hoje em idade fértil foi vacinada contra a doença quando crianças. Se você não estiver imune (o médico pode fazer um exame para saber se você está ou não imunizada), o risco de contrair o sarampo é pequeno: é possível que todas as crianças na escola onde você leciona tenham sido vacinadas e que estejam bem protegidas contra a doença. Também tranqüiliza o fato de que o sarampo, diversamente da rubéola, parece não causar anomalias fetais, embora talvez se associe a maior risco de abortamento espontâneo ou de trabalho de parto prematuro, e por vezes é uma enfermidade bem mais séria em gestantes. Mesmo assim, se você ficar exposta à doença e não for imune a ela, o médico poderá lhe ministrar gamaglobulina durante o período de incubação — entre a exposição e o início dos sintomas para reduzir a gravidade da doença.

Quando a gestante contrair sarampo perto da data prevista para o parto, há um risco de infecção do recém-nascido, em que a doença pode ser grave. Uma vez mais, pode-se ministrar gamaglobulina para reduzir a gravidade dessa infecção.

INFECÇÃO URINÁRIA

"Receio estar com infecção urinária."

As infecções urinárias são comuns em gestantes: 10% das gestantes chegam a apresentar pelo menos um episódio durante a gravidez — e as que já tiveram um exibem uma chance de 1 em 3 de recidiva. Em geral é sob a forma de cistite, uma infecção simples da bexiga. Em algumas mulheres a cistite é assintomática ou "silenciosa": o diagnóstico só é feito depois de uma urinocultura. Em outras os sintomas podem ser de intensidade variável — dos mais brandos aos bastante incômodos (vontade de urinar com freqüência, uma espécie de queimação durante a eliminação de urina ou de apenas algumas gotas, além de dor aguda, na região abdominal inferior).

Estejam presentes ou não os sintomas, depois de diagnosticada a infecção cumpre tratá-la imediatamente: o médico terá de prescrever antibiótico apropriado para uso durante a gestação.[1] Terminada a prescrição é vital prevenir a recidiva: não se sinta inclinada a suspender o tratamento depois que você estiver se sentindo melhor.

A infecção urinária sem tratamento durante a gravidez evolui em 20% a 40% dos casos para a pielonefrite (infecção renal), que representa uma importante ameaça à gestante e ao bebê. Isso ocorre mais freqüentemente no último trimestre e pode evoluir para o trabalho de parto pré-termo. Os sintomas são os mesmos da cistite mas costumam se acompanhar de febre (até de 39°C, em alguns casos), calafrios, sangue na urina, e dor nas costas (no meio das costas ou num dos flancos). Em vigência desses sintomas, notifique ao médico imediatamente. Os antibióticos são capazes de curar a infecção renal, mas a internação para a administração intravenosa provavelmente será necessária.

Muitos médicos procuram hoje prevenir a infecção renal em gestantes mediante uma triagem das susceptíveis, já à primeira consulta. Se a urinocultura revelar presença de bactérias (isso ocorre em 7% a 10% de todas as gestantes), administra-se a antibioticoterapia para prevenir o desenvolvimento de cistite ou de pielonefrite.

Há também certas medidas que podem ajudar na prevenção da infecção urinária; quando empregadas conjuntamente com o tratamento médico, podem ajudar a acelerar a recuperação depois de instalada a infecção:

- Beber líquidos em abundância, sobretudo água. Os sucos de frutas cítricas, sem adoçar, são também benéficos. Convém evitar o café e o chá (mesmo as variedades descafeinadas) e também o álcool.
- Esvaziar a bexiga antes e depois de uma relação sexual.
- Toda a vez que urinar, certifique-se de esvaziar completamente a bexiga. Incline-se para a frente ao urinar, pois assim estará ajudando a esvaziá-la completamente. Além disso, às vezes ajuda "urinar duas vezes"; depois de urinar, espere por cinco minutos, e tente então urinar novamente. E não retenha a bexiga cheia — as que ficam "se segurando" aumentam a suscetibilidade à infecção.

[1] Não faça uso de medicamentos prescritos previamente para você ou para qualquer outra pessoa, mesmo que seja para infecção urinária.

- Use roupa de baixo de algodão e meia de náilon. Evite usar roupas apertadas. Durma sem calcinha.

- Mantenha as áreas vaginal e perineal meticulosamente limpas. Lave-as diariamente e evite os sabonetes perfumados, os *sprays* e os pós na região. Lave-se sempre da frente para trás após usar o toalete. E pergunte ao médico sobre a possibilidade de usar algum agente de limpeza antibacteriano.

- Coma iogurte sem açúcar ou iogurte congelado que contenha culturas em atividade ao tomar antibióticos, para ajudar a equilibrar as bactérias intestinais.

- Mantenha a resistência mediante dieta nutritiva com baixo teor de açúcar (ver Dieta Ideal, p. 109), repousando o suficiente, não trabalhando ao ponto de fadiga e não deixando que a vida tome um rumo muito estressante.

HEPATITE

"Uma das crianças na creche onde trabalho está com hepatite A. Se eu pegar hepatite pode haver risco para o meu bebê?"

A hepatite A é muito comum (praticamente 1 em 3 crianças contraem-na antes dos cinco anos de idade). É também quase sempre uma doença branda (não raro sem sintomas perceptíveis) e não se tem notícia de que seja transmitida ao feto ou ao recém-nascido. Por isso, não deve interferir na sua gestação. Mesmo assim, o melhor é a gestante prevenir todo e qualquer tipo de infecção. Como a hepatite A é transmitida por via fecal-oral, cuide para lavar bem as mãos depois de trocar fraldas ou de levar os pequenos ao banheiro, e também antes das refeições. Convém perguntar ao médico sobre a possibilidade de vacinação contra a hepatite A.

"A hepatite B é contagiosa? Meu marido a contraiu, o que é estranho porque não se encontra em categoria de alto risco."

Na verdade isso não é tão estranho assim. Embora cerca de 6 entre cada 10 casos de hepatite B se enquadrem na categoria de alto risco,[2] 1 em 3 casos ocorrem em pessoas sem fatores de risco conhecidos. Como essa infecção hepática, que é mais comum durante a idade fértil — dos 15 aos 39 anos —, pode ser transmitida da mãe para o feto, constitui-se em fonte de preocupação para o casal. E como é transmissível de pessoa para pessoa, deve ser de particular preocupação para você que está grávida. Para prevenir-la é preciso tomar precauções especiais: não compartilhar a mesma escova de dentes, nem do mesmo aparelho de "barba", nem de outros itens pessoais. Além disso, é preciso abster-se das relações sexuais. Diversamente da hepatite A, contra a qual se dispõe de meio de imunização para atenuar a infecção, a hepatite B não pode ser combatida da mesma forma: só está imunizado o cônjuge ou parceiro sexual. Portanto, pergunte ao médico sobre a questão dessa imunização.

É preciso fazer um teste para saber se a pessoa está com hepatite B. Caso você apresente algum dos sintomas da doença — amarelecimento da pele ou do branco dos olhos, junto com vômito, dor

[2] Entre as pessoas de mais alto risco de hepatite B, que é transmitida pelo sangue e pelas secreções do corpo, estão os que fazem uso de drogas injetáveis, os homossexuais masculinos e os heterossexuais com mais de uma parceira (ou parceiro) num período de seis meses. Também estão em risco os profissionais da área de saúde e as pessoas oriundas de áreas de grande prevalência da doença (da China, do sudeste da Ásia. Existe vacinação que está recomendada para esses grupos.

abdominal e perda do apetite —, peça ao médico para fazer o exame. Esse exame é inclusive recomendado para a que não apresenta sintoma algum, já que muitos casos passam despercebidos.[3]

Quando a gestante (ou qualquer outra pessoa) estiver com hepatite B em atividade, cumpre seguir à risca a conduta terapêutica: repouso na cama e dieta nutritiva. É preciso evitar as bebidas alcoólicas, o que aliás é recomendação geral para todas as mulheres grávidas. O sangue da paciente é acompanhado através de exames periódicos para observação da evolução da doença. Espera-se a plena recuperação em 95% dos casos, nos demais a doença pode se tornar mais grave ou evoluir para o estado crônico.

Se o vírus da hepatite B estiver presente na gestante na hora do parto, convém prevenir a infecção do bebê: lavar o recém-nascido o mais precocemente possível para remover todos os resíduos de sangue e de secreções maternas e nas primeiras doze horas administrar a vacina contra a hepatite B e a imunoglobulina. Esse tratamento é repetido 1 mês depois e 6 meses depois. Aos 12 ou 15 meses, submete-se a criança a novo exame para ver se a conduta foi eficaz.

Há outras formas de hepatite como a hepatite C e a hepatite E (também conhecida como não-A não-B). Não se sabe ao certo se podem ser transmitidas pela gestante ao feto, seja durante a gravidez, seja durante o parto.

CAXUMBA

"Uma colega de trabalho pegou caxumba. Não sei se já tive a doença. É doença perigosa de pegar durante a gravidez?"

A caxumba durante a gravidez é rara porque as mulheres jovens, na grande maioria, ou já tiveram a doença ou foram vacinadas contra ela quando crianças. Se você puder, fale com os pais ou com o antigo pediatra para ver se este é o seu caso. Mesmo que não seja, talvez você não a pegue porque não se trata de doença altamente contagiosa. Mas como a caxumba parece ser capaz de desencadear contrações uterinas e assim causar o aborto espontâneo no início da gravidez ou então o trabalho de parto prematuro mais tarde, fique alerta para os primeiros sintomas dessa virose: dores vagas, febre e perda do apetite antes das glândulas salivares (parótidas) ficarem inchadas; depois sobrevém a dor nos ouvidos ou à mastigação ou então sempre que você ingerir alimentos ou bebidas ácidas ou amargas. Informe o médico desses sintomas imediatamente, porque o tratamento imediato pode reduzir a chance de possíveis complicações.

VARICELA (CATAPORA)

"Minha filha ficou exposta à catapora no creche. Se ela a contrair poderá prejudicar o bebê que estou esperando?"

É pouco provável. Isolado como está do resto do mundo, o feto dificilmente contrairá catapora, ou varicela, de terceiros — só da mãe. E você a terá de contrair primeiro, o que pode ser quase impossível. Há só uma pequena possibilidade de você não ter tido a doença ainda (85% a 95% da população adulta hoje já a teve na infância) e não ser imune a ela. Pergunte a sua mãe se você não a teve. Caso não consiga descobrir, peça ao médico para fazer um exame que mostrará se você é ou não imune à doença.

[3] Hoje se recomenda o teste de hepatite B em todas as gestantes. Se o teste for positivo, a família toda também será vacinada e o recém-nascido será vacinado e receberá imunoglobulina.

Mesmo que a probabilidade de contrair a doença seja muito baixa em pessoas não imunizadas (cerca de 1 a 5 em 10.000), uma injeção de imunoglobulina varicela-zoster (VZIG) nas primeiras 96 horas após a exposição às vezes é conduta recomendada. Não se sabe no entanto se essa medida protege o bebê caso você contraia a doença. Imagina-se que minimize as complicações para você, o que é importante, já que a doença, tão branda em crianças, pode ser bastante grave em adultos, às vezes se acompanhada de pneumonia. (Se é ou não mais grave em gestantes do que em mulheres não grávidas, não se sabe ao certo.) Em caso de doença grave, o tratamento com agentes antivirais pode reduzir o risco de complicações.

Há risco de lesão fetal, mas é pequeno. Mesmo quando o feto é exposto na fase de maior vulnerabilidade — durante a primeira metade da gestação — há somente uma probabilidade de 2% a 10% de desenvolver a síndrome congênita típica. Quando a exposição ocorre na segunda metade da gravidez, a lesão fetal é extremamente rara.

A catapora torna a ser uma ameaça ao se aproximar o parto, quando a infecção materna pode fazer com que o bebê nasça com varicela neonatal. O risco se reduz quando o parto só se dá depois da mãe desenvolver anticorpos e os transmitir ao feto pela placenta, fenômeno que pode levar de 1 a 2 semanas. Mas se a mãe desenvolver catapora 4 a 5 dias antes do parto, a chance do bebê nascer infectado é de 15% a 30%, apresentando a erupção característica depois de uma semana mais ou menos. Como a varicela neonatal pode ser extremamente grave, costuma-se ministrar a imunoglobulina específica ao bebê. O risco de infecção do recém-nascido é pequeno se a doença atingir a mãe 5 a 21 dias antes do parto. Nessa fase são raras as graves conseqüências da doença.

Curiosamente, o herpes zoster, que consiste na reativação do vírus da varicela em pessoa que já o contraiu anos antes, não parece ser prejudicial para o feto em desenvolvimento, provavelmente porque a mãe e o bebê já tem anticorpos contra o agente agressor.

Depois que a vacina contra a varicela estiver pronta para uso geral (no momento está em fase experimental) é provável que se vacine toda mulher antes da concepção, eliminando de maneira eficaz qualquer risco de contrair a doença durante a gestação.

FEBRE

"Tenho tido febre. Devo fazer uso de aspirina para baixá-la?"

Durante a maior parte da sua vida, a febre nunca precisou ser temida ou combatida. Trata-se de um dos mais importantes aliados do corpo contra as infecções. Durante a gestação, no entanto, o aumento da temperatura acima de 40°C durante um dia ou mais tempo pode causar anomalias congênitas — particularmente durante a terceira e a sétima semana. Lesões chegam às vezes a ocorrer a 39°C por dois dias ou mais. Portanto, trate de baixar logo a febre — não a deixe seguir o seu curso. Essa é a conduta mais segura.

Como fazer para baixá-la vai depender do que o médico disser e do quanto está a temperatura. Chame o médico no mesmo dia se a febre oscilar entre 39 e 40°C; se ultrapassar os 40°C chame-o imediatamente. Para temperaturas abaixo de 39°C certos remédios caseiros podem fazê-la baixar (banho frio, por exemplo — ver Apêndice). Para temperaturas mais altas causadas por infecções bacterianas, provavelmente lhe será prescrito acetaminofen com antibiótico (há vários antibióticos que são considerados seguros para uso durante a gestação). A

aspirina não deve ser usada rotineiramente contra a febre (ver adiante).

TOMAR OU NÃO TOMAR ASPIRINA

"Semana passada tomei duas aspirinas contra uma dor de cabeça terrível. Agora fiquei sabendo que a aspirina pode causar anomalias congênitas. Estou apavorada."

Dos milhões de pessoas que hoje abriram o armarinho ou a caixinha de remédios e tomaram um ou dois comprimidos de aspirina, poucas pensaram por um instante sequer a respeito de sua segurança. Para muitas, o uso ocasional de aspirina não só parece útil como absolutamente inócuo. Mas durante a gestação, há a preocupação de que a aspirina, como tantos outros remédios inócuos vendidos sem receita médica, possa ser prejudicial.

Se você inadvertidamente tomou, por exemplo, dois comprimidos de aspirina em algumas ocasiões durante os dois primeiros trimestres, não se preocupe — não há provas de que prejudiquem o seu bebê. Estima-se que 1 em cada 2 gestantes façam uso de pelo menos uma dose de aspirina durante a gravidez, sem conseqüências aparentes para o feto. Mas pelo resto de sua gestação, de agora em diante, recomendamos tratar a aspirina como qualquer outro medicamento. Só a tome quando absolutamente necessário e somente quando recomendada por médico que saiba que você está grávida.

O uso de aspirina é mais arriscado no terceiro trimestre, quando mesmo uma só dose pode interferir com o crescimento fetal e causar outros problemas. Como a droga atua contra as prostaglandinas e essas estão envolvidas no mecanismo do trabalho de parto, é capaz de prolongar a gestação e o trabalho de parto, além de poder causar outras complicações durante o parto. Como também interfere com a coagulação do sangue, quando ingerida duas semanas antes do parto pode aumentar o risco de hemorragia durante ele e inclusive problemas de sangramento no recém-nascido.

Por outro lado, o uso criterioso (com supervisão médica) de baixas doses de aspirina (menos da metade de um comprimido regular ao dia) para tratar certas condições imunológicas (como o lúpus eritematoso), para deter o trabalho de parto precoce ou para prevenir a eclâmpsia ou o retardo do crescimento fetal, não parece causar tais problemas.

Durante a gravidez substituir a aspirina por outros medicamentos de forma indiscriminada também não é atitude lógica. Embora o acetaminofen (Tylenol etc.) não pareça estar contra-indicado durante a gestação, também só deve ser usado quando necessário e *somente* com a aprovação do médico.

O ibuprofen é um analgésico que só mais recentemente entrou no mercado (Motrin, Artril, Danilon). Semelhante à aspirina em certos aspectos, é capaz de desencadear uma reação cruzada nas pessoas sensíveis à aspirina. Embora não sejam encontrados informes sobre problemas causados pelo medicamento durante o início da gravidez, o seu uso no último trimestre pode causar alterações no bebê antes de nascer, pode prolongar a gestação e mesmo prolongar o trabalho de parto. Em virtude desse risco, não convém em absoluto usar o medicamento nos últimos três meses. Além disso, só deve ser usado antes quando recomendado por médico que saiba que a mulher está grávida. (Mas não se preocupe se souber que o usou antes de saber que está esperando um filho.)

É mandatória a devida cautela ao usar qualquer um desses medicamentos. Mas não se justifica deixar de usá-los quando indicados. Há ocasiões em que uma dor ou uma febre não são eliminadas sem o uso de remédios desse tipo. Por

isso, a conduta mais sábia durante a gestação é a seguinte: para aliviar uma dor ou uma febre baixa, tente primeiro os remédios caseiros (os remédios não-farmacológicos — veja Apêndice); se esses falharem recorra então a produtos tipo acetaminofen (Tylenol) — sob orientação médica.

MEDICAMENTOS

"Como vou saber quais os medicamentos que posso e que não posso tomar durante a gravidez?"

Não existe um medicamento 100% seguro, com ou sem prescrição médica, para 100% das pessoas e que funcione em todas as ocasiões. Mais ainda: quando se está grávida sempre que se toma um remédio são duas as pessoas em risco — uma delas muito pequena e vulnerável. Apesar de existirem medicamentos de grave risco para o bebê em desenvolvimento no útero materno, muitos podem ser usados com segurança durante a gravidez. Há situações inclusive em que o seu uso é vital para a vida ou para a saúde. A decisão de usá-los cabe a você e ao médico que a acompanha. Ambos terão de pesar os riscos e os benefícios possíveis. Em qualquer caso, há uma regra geral: só tome medicamentos indicados por médico que saiba que você está grávida e só quando absolutamente necessários.

O medicamento a ser escolhido vai depender das informações mais recentes de que se disponha sobre a segurança de seu uso durante a gestação. Há listas que os classificam em diversas categorias: seguros, possivelmente seguros, possivelmente inseguros, de alto risco. Tais listas ajudam, mas logo se desatualizam, às vezes já por ocasião da publicação. As bulas e os rótulos são de valor limitado, já que a maioria não recomenda o uso durante a gestação sem a prescrição do médico, mesmo quando se acredita que o produto seja da maior segurança. O melhor a fazer é informar-se com:

- O médico bem informado (nem todos estão familiarizados com a segurança medicamentosa durante a gestação); os obstetras, os especialistas em medicina materno-fetal são os que mais podem fornecer informações úteis.

Depois de saber que o uso desse ou daquele medicamento é seguro durante a gestação, não hesite em usá-lo, se necessário. O medo nesse caso não se justifica.

Caso precise usar algum medicamento durante a gravidez, siga os conselhos que damos aqui para reduzir os riscos (e aumentar os benefícios):

- Discuta com o médico sobre a possibilidade de tomar o medicamento na menor dose possível pelo menor tempo possível.

- Tome o remédio se o bem que lhe fará for maior — tomar um remédio contra resfriado à noite, por exemplo, para facilitar o sono.

- Siga as instruções do médico ou da bula à risca. Alguns precisam ser tomados com o estômago vazio; outros com alimento ou com leite. Se o médico não a instruiu procure se informar direito.

- Explore os remédios caseiros (não-farmacológicos) e use-os para complementar o que lhe for prescrito — elimine todos os alérgenos possíveis de sua casa, por exemplo, para que o médico possa diminuir a dose de anti-histamínicos de que você necessita.

- Tome corretamente qualquer cápsula ou comprimido: bebendo-o com água, por exemplo, para garantir que vai chegar ao seu destino e rapidamente.

Beba o remédio sentada ou de pé, nunca deitada: ajuda a descer.

ERVAS MEDICINAIS

"Eu não acho que devo tomar remédios durante a gravidez. Mas será que tem problema usar ervas medicinais?"

As ervas medicinais *são* medicamentos — muitas vezes potentes. Algumas chegam a ser usadas em laboratórios para produzir medicamentos de uso na clínica. Outras são usadas há muito tempo para causar aborto (provocado). Outras parecem se vincular a casos de aborto espontâneo. Mesmo quando misturadas com uma xícara de chá, por exemplo, algumas ervas causam diarréia, vômito e palpitações (cardíacas). O seu emprego pode acrescentar riscos que não ocorrem quando o remédio vem da farmácia. Não são produzidos sob condições de controle de qualidade e podem ser perigosamente fortes ou demasiadamente fracas. Podem também conter contaminantes prejudiciais, inclusive alérgenos como partes de insetos, pólens e fungos (bolor), além de agentes tóxicos como chumbo ou arsênico.

Portanto considere as ervas medicinais como agentes farmacológicos durante a gravidez. Só as tome sob recomendação médica. Se apresentar qualquer sintoma que exija tratamento, recorra ao médico: não o trate por conta própria.

Evite também os chás com ervas. Se você fazia uso de chás "medicinais" até agora, não se preocupe. Provavelmente não lhe terão causado qualquer mal até agora. Mas passe a evitá-los. Mude a sua poção. Tente o chá de laranja, de limão, de maçã etc. Só faça chá com ervas que você conheça bem e que sejam de absoluta segurança para usar durante a gravidez.

O QUE É IMPORTANTE SABER: PARA MANTER A SAÚDE

Para a gestante, mais do que para qualquer outra pessoa, é que tem grande importância o ditado: mais vale prevenir do que remediar. Para isso, siga estas recomendações, esteja grávida ou não:

- **Vacine-se antes de engravidar — isso é o ideal** (ver p. 473) Se você ainda não foi vacinada contra a rubéola trate de descobrir se é imune ou suscetível à doença: fale com o médico. Se não for imune, procure evitar o contato com quem está com a doença. Tente prevenir-se das gripes e resfriados.
- Mantenha a resistência: alimente-se o melhor que puder (siga a Dieta Ideal p. 109); durma o suficiente; faça os exercícios recomendados. Evite de todas as formas o esgotamento.
- Fuja de pessoas doentes como quem foge da peste. Evite o contato com quem está com resfriado, gripe, diarréia ou com qualquer doença contagiosa. Afaste-se de quem tosse em ônibus, não almoce com a colega ou o colega que está com dor de garganta e evite apertar a mão de quem esteja com o nariz escorrendo (você estará trocando apertos de mão e germes). Evite ambientes fechados e cheios de gente. Lave as mãos depois de algum

contato com multidões ou de andar em coletivo — sobretudo antes de encostá-los nos olhos, na boca ou no nariz.

- Em casa, evite o contato com o marido ou com filhos doentes o mais que puder (peça para alguém fazer a vez da enfermeira). Evite comer o restinho dos filhos, beber no copo do marido ou beijá-los no rosto. Lave as mãos após ter algum contato com os seus pacientes íntimos ou com as suas roupas de cama, as roupas íntimas etc. Peça-lhes para lavarem também as mãos com freqüência. Peça-lhes para cobrirem a boca ao tossir ou espirrar. Use desinfetantes no telefone e noutras superfícies em que tocam. Isole as escovas de dentes contaminadas e troque-as depois de terminada a enfermidade.

- Se você tiver contato com alguma criança com uma erupção (exantema), seja seu filho ou não, evite o contato íntimo e chame o médico de uma vez, a menos que você já esteja imune à rubéola, à varicela (catapora), ao eritema infeccioso ou à citomegalia.

- Para evitar a intoxicação alimentar, prepare e guarde os alimentos com o devido cuidado: mantenha quente o que deve ser mantido quente, frio o que deve ser mantido frio. Jogue fora o que não deve ser guardado. Para o preparo dos alimentos use superfícies não-porosas (fórmica, vidro, aço inoxidável), nunca as porosas (madeira ou plástico). Mantenha-as escrupulosamente limpas. As mãos também devem ser lavadas antes e depois de você mexer em carne crua, em peixe e em ovos. Carne de vaca, peixe e aves só muito bem cozida. Só use ovos frescos. Evite comer em restaurantes que pareçam ignorar os princípios básicos de higiene.

- Os animais domésticos devem ser mantidos em bom estado de saúde. Atualize as vacinas no veterinário. Se tiver gatos em casa, precavenha-se contra a toxoplasmose (p. 93).

- Evite as áreas abertas onde haja ocorrência da doença de Lyme, ou certifique-se de se proteger adequadamente (ver p. 361).

- Não compartilhe escovas de dentes e outros artigos pessoais.

16

Enfrentando uma Doença Crônica

Qualquer pessoa que tenha alguma doença crônica sabe que a vida pode ficar bastante complicada devido os medicamentos, as dietas especiais e a supervisão médica. E a mulher que convive com alguma dessas afecções sabe que, ao engravidar, tais complicações podem duplicar: a dieta especial precisa ser modificada, os medicamentos têm de ser alterados e insiste-se mais no acompanhamento clínico.

No passado havia ainda um outro problema que essas mulheres tinham de enfrentar: o sério risco para si mesmas e para o bebê. Hoje, felizmente, essa complicação é bem menos freqüente: a *maioria* das afecções crônicas é compatível com uma gravidez. Mesmo assim, fazem-se necessárias certas precauções por parte da mãe e do médico que a acompanha. Neste capítulo arrolamos tais precauções para um bom número de afecções crônicas comuns. Se nossas recomendações divergirem das que você receber do médico, não hesite; siga as do médico: ele é que sabe das particularidades do seu caso.

As Preocupações Comuns

DIABETES

"Sou diabética. Acho que o diabetes pode prejudicar o meu bebê."

Até pouco tempo, engravidar era um empreendimento de risco para a mulher diabética e de risco ainda maior para o concepto. Hoje, graças ao atendimento médico especializado e a certos cuidados especiais que a gestante deverá ter consigo mesma, as diabéticas têm praticamente a mesma chance que qualquer mulher não-diabética de uma gestação bem-sucedida. Numa pesquisa, inclusive, foram tantos os cuidados dispensados às gestantes diabéticas que os filhos e elas próprias acabaram apresentando *menos* problemas do que as gestantes não-diabéticas.

O bom êxito do ciclo gestatório na gestante diabética depende, em grande maioria, de um esforço pessoal. Mas tal empenho tem a sua recompensa: um bebê sadio.

As pesquisas provaram que o segredo desse êxito reside na manutenção do estado euglicêmico (teor normal de glicose no sangue). Para isso hoje há vários recursos que no passado não existiam:

a monitorização em casa, a insulina em pequenas doses e mesmo as bombas de insulina.

Tenha você ficado diabética durante a gestação ou não (caso em que se dá o nome de diabetes gestacional), todas as considerações abaixo serão importantes para uma gestação segura e para a saúde do bebê.[1]

A prescrição médica. As consultas com o obstetra serão provavelmente mais freqüentes (e também com o clínico geral ou com o endocrinologista). Serão muitas as prescrições. Você terá de ser escrupulosa e segui-la rigorosamente.

A dieta. A dieta para o seu caso deverá ser devidamente planejada pelo médico, ou por uma nutricionista, por exemplo. Será rica em carboidratos complexos (metade das calorias diárias deverão provir desses carboidratos), de moderado teor protéico (20% da ingesta calórica), de baixo teor de colesterol e de gordura (30% da ingesta calórica, não mais do que 10% de gorduras saturadas) e não poderá conter doces açucarados. Terá de ser abundante em fibras (recomenda-se 40 a 70 g por dia), já que algumas pesquisas mostram que talvez as fibras reduzam a necessidade de insulina em gestantes diabéticas. As calorias poderão ser restringidas, particularmente se você for obesa.

A magnitude da restrição glicídica (carboidratos) dependerá da maneira como seu corpo reage a certos alimentos. Algumas mulheres podem comer frutas e tomar suco de frutas; outras apresentam acentuada elevação da glicose no sangue (glicemia) ao ingeri-las. Nesse caso, deverão recorrer mais às verduras, aos grãos e aos legumes. Para manter a glicemia você terá de dar particular atenção à ingestão de carboidratos pela manhã. Os lanches são também importantes. O ideal é que incluam carboidratos complexos (como o existente em pão integral) e proteínas (como a das carnes de vaca e dos queijos). As necessidades calóricas, como as de outras gestantes, aumentaram cerca de 300 calorias por dia. A necessidade de proteínas será de cerca de 30 g diários (uma porção média de carne ou de peixe). Não omita refeições ou lanches: a glicemia pode baixar perigosamente: coma regularmente.

A gestação é uma época em que não se pode relaxar com a dieta, embora a exaustão possa nos levar a isso. É, pelo contrário, uma boa época para que você trabalhe junto com a sua dietista ou nutricionista. O controle dietético na gestante diabética é tão importante que muitos especialistas recomendam o treinamento intra-hospitalar para essas pessoas antes de conceber ou no início da gravidez. Em alguns casos, esse treinamento pode ser recomendado para as mulheres que desenvolvem diabetes durante a gestação (diabetes gestacional).

Se a náusea matinal for problema durante algum período da gestação, procure não interferir com a nutrição do bebê e procure também manter a glicemia estável.[2] Nunca apresse ou omita refeições: comer regularmente é essencial. Se você tiver dificuldade em fazer três refeições maiores, faça seis a oito refeições pequenas, regularmente espaçadas e cuidadosamente planejadas. (Ver p. 138, onde damos algumas dicas para combater a náusea da gravidez.)

Ganho equilibrado de peso. É melhor tentar atingir o peso ideal antes de con-

[1] São esses os elementos de um programa típico para gestantes diabéticas. O que for estabelecido pelo seu médico talvez seja um tanto diferente. Se você não estiver grávida ainda, poderá iniciar um antes mesmo de conceber.

[2] Se a náusea e o vômito interferem com a alimentação, verifique com o médico sobre o reajuste da dose de insulina.

ceber (algo a não esquecer se você estiver planejando outra gestação). Mas se você estiver gorda ao ter início a gravidez, não pense em usar o período da gestação para emagrecer. O aporte calórico suficiente é vital para o bem-estar do bebê. O ganho de peso deve evoluir de acordo com a orientação do médico, em geral 12 a 15 quilos durante os nove meses.

Exercícios. Um programa moderado de exercícios lhe dará mais energia, auxiliará a regular o açúcar do sangue e ajudará a mantê-la em forma para o parto. Mas precisa ser planejado de acordo com o horário da medicação e com a dieta ou com a ajuda da equipe médica. Se você não apresentar nenhuma outra complicação clínica ou gestacional e estiver com bom condicionamento físico, lhe será permitido fazer certos exercícios como caminhar (passos rápidos), nadar, pedalar em bicicleta ergométrica, por exemplo. Se não estiver em boas condições físicas antes de engravidar, só serão permitidos os exercícios leves. O mesmo ocorrerá se existirem outros sinais de problema com o diabetes, com a gestação ou com o crescimento do bebê.

Certas preocupações precisam ser observadas antes de praticar os exercícios: comer um lanche; não permitir que a freqüência cardíaca (pulso) exceda 70% da freqüência máxima segura para a sua idade (ver quadro abaixo); nunca praticá-los em ambiente quente (com temperatura muito elevada). Se você estiver em uso de insulina não se recomendará provavelmente a injeção nas partes do corpo que estão sendo exercitadas (nas pernas, por exemplo, se o exercício for caminhar) e não reduzir a dose de insulina antes do exercício.

Repouso. Sobretudo no terceiro trimestre, o repouso suficiente é muito importante. Evite gastar muita energia, e tire um período de folga durante o dia para colocar os pés para cima ou dormir um pouco. Se você trabalhar, sobretudo em alguma tarefa mais desgastante, o médico talvez recomende antecipar a licença-maternidade.

Medicamentos. Se só a dieta e os exercícios não controlarem o açúcar do sangue, provavelmente você terá de fazer uso de insulina. Se fazia uso de algum medicamento antidiabético antes da concepção, você terá de mudar para a insulina, que tem menos probabilidade de causar efeitos adversos sobre o bebê, durante toda a gravidez. Se necessitar de insulina pela primeira vez, talvez seja internada por um breve período para que o açúcar no sangue seja estabilizado sob rigorosa supervisão médica. Como os hormônios que agem contra a ação da insulina aumentam durante a gravidez, a dose terá talvez de ser aumentada gradualmente. Talvez a dose também tenha

A Gestante Diabética e os Exercícios

Costuma-se recomendar que as gestantes diabéticas não ultrapassem 70% da freqüência cardíaca máxima permissível para o grupo etário a que pertencem durante a prática de exercícios. Essa freqüência é calculada subtraindo-se a idade de 220 e então multiplicando-se o resultado por 0,70. Se você tem 30 anos, por exemplo, proceda da seguinte maneira: 220 - 30 = 190; logo, 0,70 × 190 = 133. Isso significa que o limite superior seguro para a freqüência cardíaca durante os exercícios é de 133 batimentos por minuto. Não o ultrapasse.

de ser recalculada segundo o seu tamanho e o do bebê ou caso você esteja sob situação de estresse emocional.

Controle do açúcar no sangue. Talvez você tenha de avaliar a glicemia (pelo método simples da gota de sangue — no dedo) pelo menos quatro ou às vezes até 10 vezes ao dia para certificar-se de que o nível de açúcar é seguro. Para manter o estado euglicêmico, terá de comer regularmente (sem omitir refeições), ajustar a dieta e exercitar-se conforme necessário e, se preciso, tomar medicação. Se você era insulino-dependente antes da gestação deve saber que é mais propensa aos episódios de hipoglicemia (açúcar baixo no sangue) do que antes da gravidez. Isso é particularmente comum no primeiro trimestre.

Redução de outros fatores de risco. Como o risco na gestação é cumulativo — quanto maior o número de fatores de risco, maior o risco — você deve tratar de eliminar ou de minimizar tais fatores. (Ver Para Reduzir os Riscos Durante a Gestação, p. 81.)

Supervisão diligente. Não se alarme se o médico lhe pedir muitos exames (dentro e fora do hospital), sobretudo durante o terceiro trimestre, ou mesmo se sugerir a internação nas últimas semanas de gravidez. Isto não quer dizer que haja alguma coisa errada: ele apenas quer ter certeza de que está tudo bem. Os testes se destinarão a uma melhor avaliação da sua condição e da condição do bebê. É preciso determinar o momento ideal do parto e a necessidade de outras intervenções.

Você provavelmente será submetida a exames oculares regulares para ver a condição das retinas e a exames de sangue para avaliação dos rins (problemas retinianos e renais tendem a se agravar durante a gravidez, mas costumam regredir ao estado pré-gestacional depois do parto). A condição do bebê e da placenta provavelmente será avaliada através de provas tocométricas (ver p. 304), do perfil biofísico, da amniocentese (para determinar a maturidade pulmonar fetal e o momento oportuno para o parto) e a sonografia (para ver o tamanho do bebê e certificar-se de que não está grande demais para o parto vaginal).

Talvez você tenha de determinar os movimentos fetais três vezes ao dia (ver p. 237 para saber como fazer isso). Se não perceber qualquer movimento durante o período de teste, chame imediatamente o médico.

Não entre em pânico se o bebê for colocado em unidade de tratamento intensivo neonatal logo depois do parto. É rotina em muitos hospitais para filhos de mães diabéticas. O bebê estará em período de observação; sobretudo para o surgimento de problemas respiratórios (improváveis se a maturação pulmonar já tiver sido confirmada antes do parto) e de hipoglicemia (que, embora problema mais comum em filhos de diabéticas, responde pronta e completamente ao tratamento).

Parto precoce eletivo. Porque os bebês de mães diabéticas tendem a ser muito grandes para o parto vaginal a termo (sobretudo quando o estado euglicêmico não foi mantido durante a gestação); porque a placenta muitas vezes se deteriora precocemente (privando o feto dos nutrientes e do oxigênio vitais durante as últimas semanas); e porque estão sujeitos à acidose (desequilíbrio ácido-básico do sangue) e a outros problemas. Por tudo isso, muitas vezes se faz o parto antes do termo, em geral por volta da 38ª ou da 39ª semana. Os vários exames acima mencionados ajudam o médico a decidir quando induzir o trabalho de parto ou quando fazer o parto cirúrgico — no momento oportuno para que os pulmões fetais estejam maduros o suficiente para funcionarem em ambiente extra-

uterino, mas não tão tardiamente a ponto de comprometer a segurança do bebê. As mulheres que desenvolvem diabetes gestacional, bem como as com diabetes preexistente de menor gravidade, e por vezes as com doença moderada mas bem controlada, podem muitas vezes ter um parto normal com segurança.

ASMA

"Sou asmática desde criança e me preocupo com as crises e com os remédios que tomo. Talvez prejudiquem o bebê."

Embora a asma grave coloque a gestação em categoria de maior risco, as pesquisas mostram que esse risco pode ser eliminado quase completamente. As pacientes asmáticas podem ter uma gravidez tão normal quanto a das não-asmáticas, desde que se submetam a diligente supervisão médica (preferivelmente por clínico geral ou alergista em colaboração com o obstetra). Embora a asma, quando controlada, só tenha um mínimo efeito sobre a gravidez, esta muitas vezes tem considerável efeito sobre a asma. Cerca de um terço das gestantes asmáticas melhoram a doença. Outro terço dessas pacientes não apresenta qualquer modificação. No terço restante (em geral nas com doença mais grave) a asma se agrava, principalmente depois do quarto mês.

Independente da gravidade do seu caso, recomenda-se controlar o processo antes de conceber ou no início da gestação para beneficiar a você mesma e ao bebê. Os seguintes elementos ajudam:

- Deixe de fumar imediatamente, se você for fumante. Veja algumas dicas à p. 86.

- Identifique os fatores do meio ambiente que desencadeiam as crises. Os agressores mais comuns são os pólens, o pêlo de animais (talvez convenha deixar o animal de estimação com uma amiga), as poeiras e os mofos. A fumaça do cigarro, os produtos de limpeza doméstica e os perfumes podem também provocar uma reação. (Ver Alergias, p. 192, para algumas dicas sobre os alérgenos.) Se você começou tratamento de dessensibilização (através de vacinas antialérgicas) antes da gravidez, esse tratamento provavelmente será mantido. Se necessário, essa terapia pode ser iniciada durante a gravidez. As crises são também desencadeadas pelos exercícios: evite o problema tomando a medicação prescrita antes de praticá-los.

- Previna-se contra resfriados, gripes e outras infecções respiratórias. (Ver p. 368.) O médico poderá lhe prescrever algum medicamento que corte o episódio asmático ao início de algum resfriado leve. Além disso, talvez ele queira tratar a maioria das infecções respiratórias de menor gravidade com antibióticos. Talvez você também seja vacinada contra gripe e infecções pneumocócicas.

- Se sofrer um episódio de asma, trate-o imediatamente com o medicamento prescrito, evitando privar o feto de oxigênio. Se a medicação não ajudar, vá ao pronto-socorro mais próximo ou chame imediatamente o médico.

- Só tome os medicamentos prescritos pelo médico durante a gravidez e só os tome quando prescritos para uso durante a gravidez. Se os sintomas forem brandos, talvez você não precise de medicação. Se forem moderados ou graves, lembre-se de que existem vários medicamentos (de uso interno ou não) que são considerados seguros para o concepto. Os riscos ficam bem aquém do benefício causado pela pre-

venção da hipóxia fetal (privação fetal de oxigênio). E, além disso, parece que alguns desses remédios reduzem o risco de pré-eclâmpsia (ver p. 240).

- Reduza outros fatores de risco. Como os riscos durante a gestação são cumulativos, empenhe-se em eliminar ou minimizar o maior número possível deles. (Ver p. 81.)

A falta de ar que aflige a maioria das mulheres no final da gravidez (ver p. 274) pode ser alarmante para a gestante asmática, mas não é situação perigosa. No entanto, no último trimestre, à medida que a respiração for ficando mais difícil pela compressão pulmonar causada pelo útero crescido, as asmáticas podem perceber um agravamento dos episódios da doença. O tratamento imediato é particularmente importante durante essas crises.

A tendência para a alergia e para a asma é hereditária. Convém a mamãe amamentar o recém-nascido durante pelo menos seis meses para evitar a exposição a possíveis alérgenos alimentares. Estará assim retardando o início da sensibilização alérgica e possivelmente reduzindo o risco a longo prazo de alergia.

HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA

"Fui hipertensa durante anos. A pressão arterial interfere na gestação?"

Como cresce o número de mulheres que preferem engravidar com mais de 30 ou de 40 anos de idade e como a hipertensão (pressão alta) é mais comum à proporção que se envelhece, o problema vem se tornando mais freqüente entre as gestantes. Você não está sozinha, portanto. Mesmo assim, sua gestação é considerada de alto risco (ver p. 384). Isso significa maior número de consultas (preferivelmente com aconselhamento antes de conceber) e uma atenção particular ao que lhe for recomendado. Mas presumindo que a pressão arterial esteja sob controle, é bastante provável que a gravidez transcorra sem maiores problemas. As pesquisas mais recentes mostram que mesmo as hipertensas com comprometimento renal podem ter gestação bem-sucedida.

As seguintes medidas ajudam a gestante a ter maior êxito:

Relaxamento. Dê mais atenção aos exercícios de relaxamento mencionados à p. 148. Tente também outros que lhe sejam recomendados pelo médico, como as técnicas de *biofeedback*, por exemplo. As pesquisas mostram que o relaxamento ajuda a diminuir a hipertensão arterial.

Monitorização da pressão arterial. Talvez lhe aconselhem a medir a pressão diariamente. Meça-a sempre que estiver mais relaxada.

Dieta. A Dieta Ideal é particularmente importante para as gestações de alto risco. Talvez o médico lhe recomende diminuir a ingestão de sal, embora a recomendação não seja universal. Siga as instruções do médico rigorosamente.

Líquidos. Embora a pessoa seja tentada a restringir a ingestão de líquidos ao primeiro sinal de edema (inchação) dos pés e dos tornozelos, costuma ser mais conveniente fazer o oposto. Beba mais água para ajudar na eliminação dos excessos.

Repouso suficiente. Repouse com os pés para cima de manhã e de tarde. Se trabalhar em situação de estresse, considere a possibilidade de afastar-se até depois do nascimento do bebê. Peça ajuda para as tarefas domésticas de que está encarregada.

Medicação. Se faz uso de medicamento para controlar a pressão arterial, o médico poderá mantê-la ou trocar para outra de maior segurança durante a gravidez. Há vários anti-hipertensivos seguros quando tomados de acordo com a prescrição. A aspirina em baixas doses pode ser prescrita para prevenir a pré-eclâmpsia.

Atenção ao corpo. Esteja alerta para os sinais de complicações durante a gestação (ver p. 151). Entre imediatamente em contato com o médico caso se manifestem.

Supervisão médica rigorosa. As consultas e os exames talvez sejam mais freqüentes do que para as outras gestantes.

Se a sua pressão é muito elevada e permanece elevada apesar dos medicamentos, ou se apresentar sérios efeitos colaterais, como hemorragia retiniana, grave disfunção renal, ou aumento do coração, crescem com isso os riscos de um desfecho desfavorável para a gravidez. Nesse caso, convém conversar com o médico sobre a conveniência de engravidar ou não.

ESCLEROSE MÚLTIPLA

"Há anos me fizeram o diagnóstico de esclerose múltipla. Só tive duas crises não muito fortes. Essa doença afeta a gravidez? Será também que a gravidez afeta a doença?"

A esclerose múltipla parece ter pouco efeito, quando muito, sobre a gravidez. Entretanto, o atendimento precoce e regular durante o pré-natal, junto com as consultas periódicas com o neurologista, é obrigatório. A complementação com ferro será prescrita, provavelmente para prevenir a anemia; se necessário, também serão prescritos laxativos para combater a constipação. Como as infecções urinárias são mais comuns durante a gravidez e como causam a exacerbação dos sintomas da doença, talvez você faça uso de antibióticos para prevenir o problema se tiver história de infecção urinária. O trabalho de parto e o parto não costumam ser afetados pela doença. A anestesia epidural, se necessária, parece ser segura para uso nessas ocasiões.

Tampouco a gestação parece ter maior efeito sobre a doença. Na realidade, muitas gestantes com esclerose múltipla percebem que a doença se estabiliza nesse período, embora nos últimos meses, com o maior ganho de peso, as que tinham problemas com a deambulação sofrem uma exacerbação dos sintomas. Se for necessário o uso de corticóide, a prednisona em doses baixas ou moderadas poderá ser empregada com segurança. Algumas outras medicações usadas contra a doença já não são tão seguras: certifique-se de checar com o médico a segurança de qualquer medicamento antes de tomá-lo durante a gravidez.

Embora o risco de recidiva não pareça aumentar durante a gestação, isso ocorre durante os primeiros seis meses do puerpério. Tal risco, porém, não parece ser tão sério quanto se supunha, nem afetar a chance de recidivas pelo resto da vida e tampouco a magnitude da incapacidade final. Para reduzir o risco de recidiva no pós-parto, faça uso da complementação de ferro conforme lhe for prescrito; tente minimizar o estresse, repouse o suficiente e evite as infecções ou a elevação excessiva da temperatura (por exercícios ou por banho quente de imersão, por exemplo). O retorno ao trabalho no início do puerpério pode aumentar a exaustão e o estresse, portanto discuta os riscos com o médico antes de tomar essa decisão.

A amamentação ao seio será possível, mesmo que ocasionalmente necessite usar corticóide; em pequenas doses é pequena a quantidade que passa para o lei-

te materno. Se tiver de tomar doses maiores temporariamente, passe a dar-lhe mamadeira, usando bomba para retirar e descartar seu excesso de leite. Se a amamentação for estressante para você, considere a possibilidade de passar para o uso de mamadeira — e não se sinta culpada pela decisão. Os bebês passam muito bem com ela.

A maioria das mães com esclerose múltipla permanecem em atividade por 25 anos ou mais depois da doença ser diagnosticada e são capazes de cuidar dos filhos sem dificuldade. No entanto, se a esclerose múltipla interferir com a sua atividade enquanto seu filho ou sua filha for pequeno, siga as dicas que damos à p. 379 para o atendimento de bebês por pais incapacitados.[1]

DISTÚRBIOS DO APETITE

"Tenho lutado contra a bulimia já faz dez anos. Achei que conseguiria vencê-la ao engravidar, mas parece que não consigo. Será que estou prejudicando o bebê?"

Não se você interromper o hábito imediatamente. O fato de você ter um apetite voraz (bulimia) ou ser anorética (sem qualquer apetite) há muitos anos já coloca você e seu bebê em desvantagem desde o início — as suas reservas nutricionais são provavelmente pequenas. Felizmente, no início da gravidez a necessidade nutricional é menor do que será depois. Assim você terá chance de corrigir os abusos contra o seu corpo antes de prejudicar o bebê.

Poucas têm sido as pesquisas sobre os distúrbios alimentares e a gestação, em parte porque tais distúrbios costumam alterar o ciclo menstrual, dificultando o engravidar: poucas são as que concebem nessas condições. Mas as pesquisas que foram feitas sugerem o seguinte:

- A mulher que consegue controlar o problema durante a gravidez tem boa chance de uma gravidez normal — afora outros fatores existentes.

- É importante que o médico responsável pela gestante seja informado do problema.

- Recomenda-se o aconselhamento profissional por especialista, sobretudo às gestantes. Os grupos de mútua ajuda também são de grande utilidade.

- Os laxativos, os diuréticos e outros medicamentos usados pelas que sofrem de bulimia são prejudiciais para o feto em desenvolvimento se gestante continuar a tomá-los. Tais drogas impedem que os nutrientes e os líquidos sejam utilizados para nutrir o bebê (e mais tarde para a produção de leite); podem também causar anormalidades fetais. Como todos os demais medicamentos, não devem ser usados pela gestante a menos que prescritos pelo médico que a acompanha durante a gestação.

É preciso também que toda gestante com esse tipo de problema compreenda a dinâmica do ganho de peso durante a gestação. Lembre-se do seguinte:

- A forma física da gestante é linda, não se trata de uma mulher gorda ou repugnante. Embora o excesso de gordura possa habitualmente ser pouco saudável e pouco atraente, o ganho

[1] Muitas mulheres com esclerose múltipla têm medo de transmitir a doença para o bebê. Embora haja um componente genético envolvido na doença, que coloca as crianças em risco de sofrerem do mesmo mal, esse risco é na realidade bem pequeno. Cerca de 90% a 95% dos filhos de pais com problema não desenvolvem a doença. Mas se você estiver muito preocupada, procure o aconselhamento por médico ou geneticista com experiência nesses casos.

gestacional de peso é vital para o crescimento e o bem-estar do bebê e também para a sua própria saúde.

- O desejável é ganhar moderadamente o peso a cada semana no segundo e no terceiro trimestres (ver p. 182). Se você permanecer dentro dos limites recomendados (mais elevados para quem começa a gestação abaixo do peso) você será facilmente capaz de perder os quilos a mais depois do bebê nascer.

- Se o peso for adquirido através de uma dieta equilibrada (como a Dieta Ideal), a probabilidade de ter um bebê sadio aumenta consideravelmente. Além disso, é mais fácil recuperar o peso de antes da gestação depois do parto.

- Os exercícios ajudam a evitar o ganho excessivo de peso e podem assegurar que a gordura acabe por ficar nos lugares certos — mas precisam ser exercícios próprios para a gestante (ver p. 225).

- O ganho de peso total durante a gravidez não desaparece depois dos primeiros dias após o parto. Com uma dieta equilibrada, a mulher volta ao peso pré-gestacional cerca de seis semanas depois do parto, embora para algumas o processo seja mais demorado. Se o problema da alimentação em excesso ou não retornar depois do parto — interferindo com a recuperação puerperal, com os cuidados com o bebê e com a amamentação — é importante recorrer a auxílio profissional, tenha ou não você se utilizado dele antes.

Se o problema persistir ou se agravar — com vômitos, com o uso abusivo de diuréticos ou de laxantes, ou com a prática do jejum — discuta com o médico a possibilidade de internação até que a doença fique sob controle. Se isso não for aceitável, talvez convenha considerar se este é o momento oportuno para engravidar.

INCAPACIDADE FÍSICA

"Sou paraplégica. Sofri um traumatismo da medula. Vivo numa cadeira de rodas. Apesar de várias advertências e de nosso medo, meu marido e eu há muito que queremos um filho. Finalmente engravidei. E agora?"

Como acontece com toda gestante, a primeira coisa a fazer é escolher o obstetra. E como acontece com toda gestante que se encontra em categoria de alto risco é importante encontrar um com experiência nesse tipo de problema. Se você não encontrar nenhum com essas credenciais, talvez precise de um disposto a "aprender enquanto trabalha" e que seja capaz de lhe oferecer e a seu marido todo o apoio de que vão precisar. Ao fim da gravidez você terá também de encontrar um pediatra disposto a dar-lhe o apoio necessário, em decorrência da deficiência física.

As medidas especiais a serem tomadas no caso dependerão das suas limitações físicas particulares. De qualquer forma, a restrição do ganho de peso para os limites recomendados (12 a 15 quilos) ajudará a minimizar o estresse sobre seu organismo. Uma dieta equilibrada melhorará o bem-estar físico geral e reduzirá a probabilidade de complicações durante a gravidez. A fisioterapia lhe permitirá garantir o máximo de força e de mobilidade quando o bebê chegar. Talvez lhe tranqüilize saber que, embora a gestação possa ser mais difícil do que para as outras mulheres, não deverá ser mais estressante para o seu bebê. Não há qualquer indício de aumento das anormalidades fetais em filhos de mulheres com traumatismo espinhal (ou naquelas

com outras formas de incapacidade física não relacionadas a doenças hereditárias ou sistêmicas).

As mulheres com traumatismo medular são mais suscetíveis a certos problemas gestatórios como as infecções renais e as dificuldades vesicais, a palpitações e a sudoreses, a anemia e os espamos musculares. O parto também cria dificuldades especiais, embora na maioria seja possível o parto vaginal. Como as contrações uterinas provavelmente serão indolores, você terá de aprender a identificar outros sinais de trabalho de parto iminente.

Bem antes da data prevista, trace um plano para chegar ao hospital com segurança — levando em conta que talvez você se encontre em casa sozinha quando o trabalho de parto começar (talvez convenha ir antes para o hospital para evitar problemas pela demora no trajeto); que é preciso avisar a equipe médica de suas necessidades especiais; e certifique-se da possibilidade de chegar até o setor de obstetrícia de cadeira de rodas.

A maternidade é sempre um desafio. Ainda maior para você e o seu marido. Planeje antecipadamente para que seja mais fácil vencê-lo. Modifique a sua casa para tornar mais simples o atendimento do bebê (seria bom entrar em contato com outras mães com o mesmo problema para ver o que podem lhe ensinar); assegure que vai ter auxílio (pago ou não) pelo menos até você aprender a se virar sozinha; inclua o marido nos preparativos para a chegada do bebê, dividindo as responsabilidades da casa e para com o bebê quando ele chegar. Seja criativa. Não se limite a seguir "instruções ao pé da letra" — faça as coisas da maneira que melhor lhe convier. A amamentação ao seio, se for possível, tornará a vida mais simples — você não terá de esterilizar todo o material do bebê, nem de correr para a cozinha para preparar a mamadeira e de sair para comprar a fórmula pediátrica. As fraldas descartáveis também poupam esforço e tempo. O berço deve permitir que você, da cadeira de rodas, consiga pegar o bebê com facilidade. A altura da cama ou da mesa onde você for trocar as fraldas e limpá-lo, por exemplo, também deve estar de acordo com a sua necessidade. Se ficar encarregada do banho do bebê (embora seja tarefa que os pais muitas vezes gostem e façam bem) a banheira terá de ficar em altura acessível. Como os banhos de banheira diários não são obrigatórios, você poderá limpá-lo em dias alternados com esponja, no colo, por exemplo. Um suporte para carregar o bebê ao colo é conveniente, deixando você com as mãos livres para mover a cadeira de rodas. Os grupos de pais com incapacidade física, além de serem uma excelente fonte de apoio e de conforto, são uma mina de ouro de idéias e conselhos.[4]

Não será fácil para você e seu marido, principalmente para ele, que terá de se desdobrar com você para criar o filho pequeno. Mas talvez vocês se tranqüilizem sabendo que não são os primeiros a tentar — e que todos os que já aceitaram o desafio descobriram que as satisfações valem os sacrifícios.

EPILEPSIA

"Sou epiléptica e acabo de descobrir que estou grávida. Meu bebê vai ficar bem?"

Com o atendimento médico especializado, preferivelmente iniciado antes da concepção, voltado para a epilep-

[4]As autoras recomendam uma outra valiosa fonte de informações para as gestantes com deficiências físicas: *Aids and Adaptations for Parents with Physical or Sensory Disabilities* (Recursos Auxiliares e Adaptações para Pais com Incapacidade ou Deficiência Física e Sensorial), T. Conine e outros (Vancouver, Canadá: School of Rehabilitation Medicine, University of British Columbia, 1988).

sia e para a gestação, as chances são muito boas para você e para o bebê; as epilépticas têm uma probabilidade de 90% de ganharem um bebê sadio. Se você ainda não foi ao obstetra, trate de procurá-lo. E informe ao médico responsável pelo tratamento da epilepsia sobre a gravidez; a supervisão diligente da condição, e possivelmente o reajuste freqüente dos medicamentos, serão elementos muito necessários.

As gestantes epilépticas não parecem apresentar maior incidência de complicações sérias durante a gestação e o parto, tais como aborto espontâneo, pré-eclâmpsia e parto prematuro. Entretanto, são mais propensas à náusea e ao vômito (hiperêmese gravídica).

Acredita-se que a incidência um pouco maior de anomalias congênitas nessa população de gestantes se deva ao uso de certos anticonvulsivos durante a gravidez, embora talvez alguns casos se devam à própria epilepsia. O ideal é discutir antecipadamente com o médico a possibilidade de deixar de usar os medicamentos antes de engravidar. Se tiver de continuar com a medicação, talvez seja possível mudar para uma droga de menor risco (o fenobarbital, por exemplo, causa menor número de anomalias congênitas que a difenil-hidandoína; o valproato de sódio, a trimetadiona e a parametadiona parecem ser ainda mais perigosas). Mas a gestante não deve interromper o uso de medicamentos por receio de prejudicar o bebê: o aumento da freqüência das crises pode ser ainda mais perigoso para o feto.

Já que o maior risco de anomalias ocorre durante o primeiro trimestre, não há grande razão para se preocupar com o uso dos medicamentos depois desse período. Às vezes a dosagem de alfa-fetoproteína e a ultra-sonografia ajudam a identificar anomalias na gravidez incipiente. Se você usar ácido valpróico (Depakene), o médico talvez queira identificar particularmente defeitos do tubo neural, como a espinha bífida.

As epilépticas muitas vezes desenvolvem anemia por deficiência de folato (que talvez, segundo as pesquisas, esteja relacionada a defeitos do tubo neural nos bebês). Por isso, alguns médicos prescrevem a complementação de ácido fólico para as gestantes epilépticas, mesmo quando, em raras ocasiões, tal substância provoque um aumento das crises. Também se recomenda a complementação de vitamina D para as que usam certos anticonvulsivantes. Durante os últimos dois meses de gravidez, talvez se prescreva vitamina K para a redução de maior risco de hemorragia no recém-nascido. Outra opção está em fazer uma injeção dessa vitamina no bebê ao nascer.

A maioria das gestantes epilépticas não vê na gestação causa de exacerbação da doença. Metade não apresenta alteração no perfil evolutivo da epilepsia. Uma menor porcentagem percebe que as crises se tornam menos freqüentes e mais brandas. Algumas, no entanto, notam que os episódios se tornam mais freqüentes e intensos. Talvez isso se deva a diferenças pessoais ou talvez por eliminação dos medicamentos através do vômito ou por sua diluição excessiva no acúmulo exagerado de líquidos, próprio da gravidez. O problema de eliminar o medicamento pelo vômito pode ser minimizado pela ingestão de comprimidos de liberação lenta antes de deitar, o que permite a absorção do medicamento antes que comecem os vômitos matinais. Pergunte ao médico sobre o assunto, ele lhe esclarecerá. Se o problema for a excessiva diluição do agente, talvez seja necessário reajustar a dose.

Depois da chegada do bebê, se você quiser amamentar ao seio, provavelmente não terá qualquer problema. Os medicamentos passam para o leite materno em dose tão pequena que dificilmente

afetarão o lactente. Mas não deixe de verificar a questão com o neonatologista ou com o pediatra. Se o bebê ficar muito sonolento após cada mamada, informe ao médico. Talvez se faça necessária alguma modificação.

FENILCETONÚRIA

"Nasci com essa doença. Os médicos me liberaram da dieta durante a adolescência e eu estava indo bem. Mas quando discuti com minha obstetra sobre a gravidez, ela me aconselhou a voltar à dieta e nela permanecer durante toda a gestação. Devo seguir esse conselho, mesmo se estou me sentindo perfeitamente bem com uma dieta normal?"

Não só deve seguir o conselho, como agradecer por ele. Recentemente se descobriu que as gestantes com fenilcetonúria que não estão seguindo a dieta colocam em risco os bebês: há maior risco de pequeno desenvolvimento, redução do perímetro cefálico, malformações e possivelmente de lesão cerebral. O ideal, como a sua médica lhe recomendou, é retornar à dieta antes de conceber e manter o baixo teor de fenilalanina no sangue durante o parto. A dieta especial (sem fenilalanina) deve ser complementada com micronutrientes (zinco, cobre etc.) que de outra forma não estariam presentes. Além disso, todos os alimentos adoçados com aspartame estão fora de cogitação.

Embora essa dieta não seja apetitosa, a maioria das mães acha que vale o sacrifício em prol da saúde do bebê. Se for difícil segui-la, procure o auxílio profissional, por terapeuta familiarizado com o problema. Se o aconselhamento não ajudar, convém considerar se vale a pena manter a gravidez com tantos riscos para o bebê.

DOENÇA DAS CORONÁRIAS (CORONARIOPATIA)

"Meu médico me avisou para não engravidar porque sofro de doença das coronárias. Mas engravidei acidentalmente e não quero tirar o filho. Quero esse bebê mais do que qualquer coisa na vida."

A sua situação não é única. A coronariopatia, que se torna mais freqüente à proporção que a mulher envelhece, vem se tornando mais comum durante a gestação: é maior o número de mulheres que preferem engravidar nessa fase da vida.

A segurança em dar prosseguimento à gestação vai depender da natureza da doença. Se a doença for leve (se você não tem limitações durante as atividades físicas e a atividade habitual não causa fadiga excessiva, nem palpitações, nem falta de ar ou angina) ou mesmo moderada (são pequenas as limitações físicas, sendo completamente aliviadas pelo repouso, embora você sinta sintomas à atividade física habitual), são boas as chances de poder levar a gravidez a termo, mas sob estrita vigilância médica. Se a doença for de maior gravidade (quando você apresenta acentuadas limitações da atividade física, quando mesmo a menor atividade causa sintomas, embora se sinta bem durante o repouso) ou muitíssimo grave (qualquer atividade física causa desconforto, sintomas são percebidos mesmo durante o repouso), o médico lhe dirá que a gravidez estará colocando a sua vida em risco.

Você e o seu marido, com a ajuda do médico, terão de decidir como proceder. Ao tomar a decisão, lembre-se de que se você não resistir à gestação, tampouco o bebê sobreviverá. Porém, mesmo que você tenha de interromper a gestação para salvar a vida, não terá necessariamente de ficar sem filhos pelo resto da vida.

Talvez seja possível corrigir sua doença (através de cirurgia cardíaca, por exemplo) de sorte a permitir que você engravide com segurança no futuro. Se a cirurgia não for uma opção, talvez seja a adoção, desde que você tenha forças para criar um filho.

Se o cardiologista achar que você poderá prosseguir com a gravidez com segurança, é provável que receba rígidas instruções. Entre essas poderão estar as seguintes:

- Evite as situações de estresse físico e emocional; em alguns casos talvez você tenha de restringir as atividades pelo resto da gestação, tendo possivelmente de até ficar confinada à cama. Tome regularmente a medicação (certifique-se de que é segura para o bebê; muitas parecem ser).

  Siga rigorosamente a dieta para não ganhar peso em excesso, o que sobrecarrega o coração.

- Siga dieta com baixo teor de gordura (saturadas e colesterol) se a sua condição o exigir, mas não uma dieta sem gordura; há gorduras que são essenciais para o desenvolvimento fetal sadio. A restrição moderada de sódio (cerca de 2 g ao dia) é conduta recomendada por muitos. Restrição maior do que essa não o é. Em geral é prescrito o complemento de ferro.

- Use meias elásticas com pressão graduada, para reduzir o acúmulo de sangue nas pernas.

- Deixe de fumar, se for esse o seu caso.

Perto do final da gestação, talvez você seja submetida a freqüente avaliação ultra-sonográfica e a freqüentes provas tocométricas para que o médico saiba de antemão qual a condição do bebê. Tais exames ajudam a garantir que tudo sairá bem.

Se você passar por toda a gestação sem complicações cardíacas ou pulmonares, dificilmente terá dificuldade no trabalho de parto e no parto. E nem precisará de cesárea mais do que as outras gestantes. Talvez seja usado fórceps baixo (ver p. 328) sob anestesia local para reduzir o estresse do trabalho de parto e para acelerar o estágio final do parto.

ANEMIA FALCIFORME

"Sofro de anemia falciforme e acabo de descobrir que estou grávida. Tem problema para o bebê?"

Não faz muito tempo a resposta não seria animadora. Hoje, porém, graças aos progressos da medicina, as mulheres com anemia falciforme têm boa chance de ter um filho com segurança e de dar à luz um bebê saudável. Mesmo aquelas com complicações renais ou cardíacas podem ter êxito na gestação.

A gestação para essas mulheres, porém, é classificada junto às de alto risco. Em virtude do maior estresse a que o organismo é submetido, são maiores as chances de apresentarem crise falcêmica; além disso a doença faz crescer o risco de certas complicações (aborto espontâneo, parto prematuro, por exemplo). A pré-eclâmpsia, ou toxemia, também é mais comum entre as gestantes com a doença, mas não se sabe ao certo o motivo do problema.

O prognóstico para você e o bebê será melhor se receber atendimento médico de primeira linha. As consultas durante o pré-natal deverão ser mais freqüentes — possivelmente a intervalos de 2 ou 3 semanas até a 32ª semana e a intervalos semanais daí em diante. O acompanhamento ideal será feito, por exemplo, por obstetra com experiência nesse tipo de paciente junto a um hema-

tologista. É provável a prescrição de complemento vitamínico e de ferro no pré-natal. Há também possibilidade de transfusão, seja durante a gravidez (conduta terapêutica controvertida), seja pelo menos uma vez, em geral no início do trabalho de parto ou antes do parto. É bem provável que o parto seja vaginal, como o das outras gestantes. No puerpério talvez faça uso de antibióticos para prevenir infecções.

Se ambos os pais forem portadores do gene da anemia falciforme, aumenta o risco de o bebê herdar alguma forma mais grave da doença. No início da gravidez (ou então antes da concepção) o pai deve ser submetido a exame para saber se é ou não portador. Se o for, talvez convenha recorrer ao aconselhamento genético e se submeter a um diagnóstico no pré-natal (ver p. 73) para saber se o feto foi atingido.

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO (LES)

"A minha doença não tem se manifestado muito ultimamente. Acabo de engravidar. Será que a doença pode piorar? E o meu bebê? Será que vai sofrer do mesmo problema?"

Há muita coisa que ainda se desconhece sobre o lúpus eritematoso sistêmico. Trata-se de uma doença autoimune que acomete principalmente mulheres entre 15 e 64 anos, mais as da raça negra que as da raça branca. As pesquisas parecem indicar que a gestação não interfere na evolução crônica da doença. Durante a gravidez, algumas mulheres percebem que existe uma melhora, outras que há uma piora do quadro. O que acontece numa determinada gravidez não permite prever o que acontecerá na próxima. No puerpério parece haver um aumento das exacerbações.

O efeito do lúpus sobre a gestação ainda não foi completamente esclarecido. Parece que as mulheres que têm melhor evolução são as como você, que concebeu durante um período quiescente da doença. Embora aumente um pouco o risco de perder o bebê, são excelentes as chances de a mulher ter um filho sadio. As de pior prognóstico são as que sofrem de comprometimento renal (o ideal é estabilizar a função renal seis meses antes da concepção) ou as que apresentam aquilo que se chama de "anticoagulante lúpico" no sangue. Independente da gravidade do lúpus da gestante, é extremamente improvável que o bebê nasça com a doença.

Quando para os sintomas de artrite ou para outras manifestações a gestante faz uso de aspirina e de prednisona em baixas doses, o risco global parece sofrer redução. Muitos esteróides são de uso seguro durante a gravidez — alguns por não cruzarem a barreira placentária. Mesmo os que a cruzam, porém, são seguros. Alguns podem até beneficiar o concepto por acelerarem o amadurecimento pulmonar.

Por causa do lúpus, o atendimento da gestante se torna mais complexo: maior número de exames, de consultas e até mais limitações. Mas se você, o obstetra e o médico que trata da doença trabalharem em conjunto, são muito boas as chances de um desenlace feliz para a gestação.

O Que É Importante Saber: Convivendo com a Gestação de Alto Risco

A gestação é um processo "normal" a ser vivenciado, não uma doença a ser tratada — esa é a opinião corrente em nossos dias. Mas no caso da gestação de alto risco, a gestante começa a desconfiar que talvez essa afirmação não seja assim tão absoluta, tão universal. Para muitas a gestação é um período cheio de temores, de ansiedade, de atendimento médico constante, de internações freqüentes e de sensações como aquela: "só eu sei como é". Enquanto outros casais vivenciam o período gestacional com alegria e antecipação, o que convive com a gravidez de alto risco pode sentir:

Medo. Enquanto os outros casais se preparam para o nascimento do bebê depois de nove meses, os da gestação complicada muitas vezes se limitam a alimentar alguma esperança: de que o bebê ainda esteja vivo até amanhã.

Ressentimentos. A mulher que antes era independente pode se ressentir da repentina dependência total, sobretudo por causa da restrição das atividades ("Por que eu? Por que tenho de parar de trabalhar? Por que tenho de ficar na cama?"). O rancor pode se voltar contra o bebê, o marido ou qualquer outra pessoa. O marido também pode sofrer de outros tantos ressentimentos ("Por que ela agora recebe toda a atenção? Por que eu tenho que fazer todo o trabalho? Será que ela precisa ficar na cama — e será que tenho que ficar todas as noites com ela?"). Há ressentimentos às vezes não mencionados, como o custo elevado do atendimento médico ou a falta de sexo, por exemplo.

Culpa. A mulher pode se agoniar tentando descobrir o que fez para merecer essa gestação, ou para perder as gestações anteriores, embora na vasta maioria dos casos a causa não esteja nos seus atos ou atitudes. Pode achar que está sendo preguiçosa, ao ficar na cama ou ao deixar muito cedo o trabalho. Talvez receio destruir a relação com o marido ou com os outros filhos. O marido pode também sentir culpa. Pode achar que a mulher está passando sozinha por todo o sofrimento ou sentir remorso pelos próprios ressentimentos.

Inferioridade. A mulher que não consegue ter uma gestação "normal" poderá se sentir inferior, como se lhe faltasse alguma coisa.

Pressão constante. O casal muitas vezes precisa ter em mente a gestação de alto risco a todo momento, todos os dias; ela terá de se perguntar a todo instante "Será que posso fazer isso? Será que isso é permitido?" Pode ter de seguir dieta especial, guardar repouso absoluto, submeter-se a exames freqüentes e a uma série de testes.

Estresse conjugal. Qualquer espécie de crise gera estresse num casamento. Mas a gestação de alto risco é pior: às vezes são proibidas as relações sexuais, o que dificulta a preservação da intimidade entre o casal. Há o estresse dos gastos com o atendimento médico e da redução da

renda familiar se a mulher não puder continuar trabalhando.

Embora a recompensa final possa justificar todos os esforços, a situação poderá ser insuportavelmente difícil para o casal durante os nove meses. Os seguintes conselhos poderão facilitar um pouco as coisas:

Planejamento financeiro. É preciso poupar para garantir um parto seguro ao bebê. O ideal é saber antecipadamente que a gestação será de alto risco e portanto cara. Mas isso nem sempre é possível, pelo menos da primeira vez. Se for, vale a pena procurar pelo melhor seguro-saúde e adiar férias dispendiosas e outros gastos para que você consiga juntar um pouco de dinheiro antes da gravidez começar. Se não o for, aperte o consumo, remaneje os gastos tão logo descubra a sua situação.

Planejamento social. Se a gestação exigir repouso na cama, parcial ou completo, não se resigne a uma vida de eremita. Convide os melhores amigos para jogar cartas ou outros jogos, assistir a um filme no vídeo ou na TV. Se uma amiga está se casando a mil quilômetros de distância e o médico proíbia as viagens, mande-lhe uma mensagem de amor ou lhe escreva um poema especial para ser lido na recepção.

Ocupação do tempo. Ficar na cama durante semanas ou meses parece como uma pena a cumprir. Mas pode ser a ocasião para você pôr em dia tudo o que queria. Ler por exemplo. Seja os *best-sellers* que todo mundo comenta, seja os clássicos que você ainda não tinha tido oportunidade de ler. Se você tiver videocassete, entre para um clube de vídeo e aproveite. Estude uma língua estrangeira, cultive novos interesses. Dedique-se ao tricô, ao crochê ou ao bordado — e faça uma peça de roupa para você, para o marido ou para o médico, se você for muito supersticiosa para fazer alguma coisa para o bebê. Se lhe for permitido sentar, uma boa pedida é comprar um micro e organizar a vida financeira. Mantenha um diário de seus pensamentos, os bons e os maus, para passar o tempo e elaborar os ressentimentos. Para compras, utilize os serviços de compras por telefone.

Preparativos para o parto. Se você não puder freqüentar os cursos existentes, peça ao marido para freqüentá-los e, se possível, gravar as aulas. Embora talvez o aprendizado necessário para um parto normal a incomode, é bom estar o melhor informada possível. Leia o que lhe cair nas mãos sobre a gravidez (este livro, por exemplo). Informe-se sobre o parto, com o médico ou com outra pessoa, gestantes em condições iguais a sua.

Apoio mútuo. A gestação de alto risco, particularmente quando são muitas as restrições, consiste em verdadeira prova para o casamento. Muitos dos prazeres de uma relação a dois se perdem nesse período — sexo, passeios, fins de semana fora, por exemplo. Até mesmo as alegrias da espera de um filho se transformam em apreensões e angústias. Para assegurar que no final você terá um bebê sadio e um casamento saudável, é preciso que você e seu marido considerem devidamente as necessidades mútuas. As mais óbvias são as da gestante. Ela necessitará de apoio em tudo, para que possa seguir à risca a dieta e a restrição das atividades. Por isso, talvez as necessidades do pai talvez sejam negligenciadas. É preciso que a mulher, mesmo nessas condições, reconheça e aceite os problemas do marido e que o faça saber o quão importante ele é em tudo o que está acontecendo.

Sublimação sexual. Fazer amor nem sempre significa fazer sexo. Veja como

é possível manter a intimidade durante a gravidez mesmo quando o médico proíbe o sexo (p. 203).

Buscando apoio. Como em tantas outras situações de crise na vida, conseguirmos falar com outras pessoas na mesma situação é de importância inestimável. Damos a seguir (quadro) algumas dicas.

Grupos de Mútua Ajuda para Gestantes

A mulher com gestação de alto risco ou complicada, ou a que perde o filho, muitas vezes sente-se diferente das outras mulheres; adquire um nítido senso de que a sua gravidez foi muito diferente das de suas amigas "normais". Se você se sentir desse jeito, talvez encontre acolhimento e apoio em grupo de gestantes com os mesmos problemas que os seus.

As discussões podem abranger vários temas: a culpa de não ser capaz de uma gestação normal; a dificuldade em ter de ficar de cama ou internada em hospital; a preocupação com as gestações futuras; o sentimento de luto pela perda do bebê; a dificuldade em encontrar apoio emocional; o problema do sentimento de alienação. Os grupos também trocam muitos conselhos práticos úteis — como cuidar da casa quando se está confinada na cama; como manter a vida familiar quando se tem um filho internado em CTI; como conseguir o melhor atendimento possível para esse ou aquele problema. Convém manter o convívio com o grupo mesmo depois que já se sente melhor, pois então você poderá contribuir com a sua experiência para outras gestantes. Ajuda também quando se apóia outras mulheres que dele precisam.

Se você achar que seria bom participar de um grupo desses, terce descobrir um na sua cidade ou bairro (converse com o médico, com as enfermeiras ou com as amigas). Se não houver, considere a possibilidade de formar um com outras mulheres na mesma condição que a sua.

Se você estiver confinada na cama e não puder freqüentar um, busque o apoio e a empatia de que precisa por "encontros" ao telefone com outras gestantes na mesma situação. Ou então convide um grupo de apoio para que venha periodicamente à sua casa.

17

As Complicações da Gravidez

Se considerarmos os processos tremendamente complexos que se acham envolvidos na criação de um novo ser, é quase um milagre o fato de que a maioria das gestações evolui sem problemas. Tais processos são realmente bastantes intrincados e vão desde as divisões sucessivas e precisas do ovo fecundado até a transformação extraordinária de um feixe informe de células na forma de um ser humano minúsculo. Não surpreende também que vez por outra surjam problemas — ora por motivos genéticos, ora por motivos ambientais, ora ainda pelos dois motivos, ou então por simples "capricho" da natureza. A medicina moderna, os atuais critérios de saneamento básico e a compreensão do significado da dieta e do estilo de viver são os principais fatores responsáveis pelo extraordinário êxito conseguido na maioria das gestações (e também no trabalho de parto e no parto). Mesmo assim, ainda persistem muitos riscos. Felizmente, com a tecnologia atual do nosso lado, mesmo quando surgem complicações durante a gravidez, o diagnóstico e a intervenção precoces muitas vezes evitam o desfecho mais sombrio.

As complicações obstétricas, com ou sem aviso prévio, dificultam muito a vida da gestante e a própria gestação. As dicas sobre as técnicas para enfrentar os problemas gravídicos que complementam as explicações dadas a seguir, todas de natureza médica, se encontram no capítulo anterior, na seção "Convivendo com a Gestação de Alto Risco", p. 384.)

A maioria das mulheres passa toda a gestação e o parto sem qualquer complicação. *Este capítulo, que trata justamente de pormenores desse assunto, não se destina a esse grupo de mulheres. Só deve ser lido por aquelas que tenham uma complicação, suposta ou manifesta; e mesmo essas só devem ler sobre o assunto que lhes diga respeito. A leitura casual poderá levar a preocupações não tão casuais e mesmo desnecessárias.*

CONDIÇÕES QUE PODEM CAUSAR PREOCUPAÇÃO DURANTE A GESTAÇÃO

HIPERÊMESE GRAVÍDICA

O que é. Essa forma exagerada de náusea matinal provavelmente ocorre em menos de 1 de cada 200 gestações. Refere-se o nome ao "vômito excessivo durante a gravidez". É mais comum na primeira gestação (primíparas), nas com gravidez gemelar e naquelas que já sofreram do problema anteriormente. O estresse psicológico pode ter influência. Mas se pode dizer o mesmo da sensibilidade do centro encefálico do vômito, que parece variar de pessoa a pessoa.

Sinais e sintomas. A náusea e o vômito na gestação incipiente são mais freqüentes e intensos que o habitual. E também persistem por mais tempo: não terminam no final do primeiro trimestre e, às vezes, persistem até o fim da gravidez. Sem tratamento, o vômito freqüente pode levar à desnutrição, à desidratação e assim comprometer possivelmente a saúde da mãe e do bebê.

Tratamento. Os casos mais brandos podem ser controlados por medidas dietéticas, pelo repouso, pelos antiácidos e os antieméticos (remédios contra o vômito).[1] Mas se o vômito persistir e a gestante não conseguir ganhar peso o suficiente, talvez se faça necessária a internação hospitalar. É possível que o médico solicite outros exames para excluir outras causas de vômito — gastrite, obstrução intestinal, úlcera, por exemplo. O quarto da paciente poderá ficar com luz baixa (quase na penumbra); poderá ser restringido o número de visitas, para evitar a estimulação. A psicoterapia às vezes ajuda a gestante no combate às tensões. Quando necessário, pode-se lançar mão da alimentação parenteral (intravenosa) junto com os antieméticos. Depois de restaurado o equilíbrio hídrico e nutricional (em geral em 24 a 48 horas) dá-se início a uma dieta líquida. Se for tolerada, a paciente passa para seis pequenas refeições ao dia. Caso ainda não consiga reter o alimento, a alimentação parenteral poderá ser mantida. Continua-se porém a encorajar a alimentação oral. Às vezes o problema persiste e começa a ameaçar a nutrição fetal. Nesse caso, acrescentam-se nutrientes especiais aos líquidos de uso intravenoso para permitir o completo repouso do trato gastrintestinal da gestante durante algumas semanas. O processo terapêutico é conhecido como hiperalimentação parenteral. Só raríssimamente se considera a possibilidade de interromper a gestação: quando a vida da gestante está em risco.

GRAVIDEZ ECTÓPICA

O que é. É a gravidez que se implanta fora do útero, em geral na trompa de Falópio. O diagnóstico e o tratamento precoces são muito eficazes. Sem eles, a gravidez prossegue na própria trompa, que irá se romper por fim, perdendo a

[1] Não faça uso de medicamentos contra o vômito (antieméticos) sem a aprovação do médico. Alguns interagem desfavoravelmente com outras drogas. Portanto informe o médico dos remédios que está tomando antes dele fazer a receita.

capacidade de transportar o óvulo do ovário ao útero, necessária para as futuras fecundações. O rompimento da trompa pode também representar para a gestante sério risco de vida.

Sinais e sintomas. A dor em cólica (espasmódica), que se acompanha de dor à palpação da região, tem início do lado direito ou esquerdo e muitas vezes se irradia para todo o abdome; pode também ser agravada pelo esforço à evacuação, pela tosse e pelos movimentos. Freqüentemente a dor é precedida durante alguns dias ou algumas semanas de uma secreção vaginal acastanhada ou de leve hemorragia, intermitente ou contínua. Noutras ocasiões surgem náuseas e vômito, tonteira ou fraqueza, dor no ombro e também pressão retal. Se a trompa se romper, poderá ter início a hemorragia maciça, quando então os sinais de choque são comuns: pulso débil e rápido, pele úmida, desmaio. A dor torna-se aguda e persistente pouco antes de se difundir pela região pélvica.

Tratamento. É importante ir para o hospital imediatamente. Os novos recursos para o diagnóstico e o tratamento precoces da prenhez tubária removem grande parte dos riscos para a gestante e, ao mesmo tempo, podem permitir a preservação da sua fertilidade.

O diagnóstico costuma ser feito mediante dois procedimentos: (1) uma série de testes de gravidez de alta sensibilidade, que permitem verificar o teor de hCG no sangue da mãe (quando o teor desse hormônio declina com a evolução da gravidez, suspeita-se de gravidez anormal, possivelmente localizada na trompa); e (2) a ultra-sonografia de alta resolução para visualização do útero e das trompas (a ausência da bolsa gestacional no útero e, embora nem sempre visível, a gravidez que se desenvolve na trompa de Falópio). Em caso de dúvida, a confirmação é muitas vezes feita pela visualização direta das trompas através de um minúsculo laparoscópio inserido através do abdome. Esses recursos diagnósticos permitem a identificação precoce do problema em até 80% dos casos antes do rompimento tubário.

O tratamento bem-sucedido dos casos depende desses recursos mais sofisticados. Há algum tempo a rotina era a intervenção cirúrgica feita através de ampla incisão abdominal. Recentemente a laparoscopia vem se tornando mais comum, por permitir uma permanência mais breve no hospital e uma recuperação mais rápida. A laparoscopia é feita através de duas minúsculas incisões: uma no umbigo para a inserção do laparoscópio (que permite visualizar as estruturas) e outra em região mais baixa para introdução dos instrumentos cirúrgicos. Dependendo das circunstâncias, emprega-se o *laser*, o eletrocautério ou algum outro meio para remoção da gravidez da trompa de Falópio. E a menos que ela se tenha rompido ou que tenha sofrido lesão mais grave, em geral se consegue preservá-la, o que aumenta a chance de uma gravidez bem-sucedida no futuro. Como os produtos residuais da concepção não podem ficar na trompa (há risco de lesão tubária) faz-se o acompanhamento do teor de hCG para que o médico tenha certeza da remoção completa do problema.

ABORTO ESPONTÂNEO OU PRECOCE

O que é. O aborto espontâneo consiste na expulsão uterina de concepto ainda imaturo (que não tem condições de vida extra-uterina). Quando ocorre no primeiro trimestre fala-se em aborto precoce. É muito comum: atinge cerca de 40% das fecundações. Há médicos que acham que todas as mulheres sofrem pelo menos um durante a idade fértil. Os que

Sangramento no Primeiro Trimestre

O sangramento no início da gravidez não necessariamente indica nada de grave, mas como precaução deve sempre ser comunicado ao médico. Seja preciso ao descrevê-lo: É intermitente ou persistente? Quando começou? De que cor é? Vermelho rutilante, vermelho escuro, castanho ou rosado? Chega a obrigar você a usar um absorvente por hora? Ou só o mancha um pouco? O cheiro é diferente? Junto com o sangue apareceu algum material sólido? (Em caso afirmativo, procure guardá-lo num saco plástico, por exemplo.) Informe também o médico de outros sintomas concomitantes — náusea e vômito intensos, cólicas ou dor de qualquer tipo, febre, fraqueza etc.

A mancha de sangue no absorvente ou na calcinha que não se acompanha de tais sintomas não é considerada situação de emergência; se começar no meio da noite, espere até pela manhã para comunicar ao médico. Qualquer outro tipo de sangramento recomenda o telefonema imediato ou então a ida a um pronto-socorro.

As duas causas mais comuns de sangramento no primeiro trimestre e que não significam maiores problemas são:

Implante placentário normal na parede uterina. Esse sangramento que às vezes ocorre quando o ovo fecundado se implanta na parede do útero é breve e muito pequeno.

Alterações hormonais no momento em que novo período menstrual deveria ocorrer. O sangramento costuma ser brando, embora às vezes lembre período normal.

Causas menos comuns de maior preocupação são:

Aborto espontâneo. Em geral, o sangramento mais intenso se acompanha de dor abdominal e de possível eliminação de tecido embrionário (ver p. 389).

Gravidez ectópica. Corrimento vaginal acastanhado ou ligeiro sangramento, intermitente ou persistente, acompanhado de dor abdominal ou no ombro, que muitas vezes é bastante intensa (p. 388).

Doença trofoblástica. Corrimento acastanhado contínuo ou intermitente é o principal sintoma (p. 393).

Muitas vezes, porém, a verdadeira causa do sangramento no primeiro trimestre não é identificada; e a gravidez evolui normalmente.

ocorrem na gravidez incipiente, na grande maioria, passam despercebidos. Podem parecer apenas um período menstrual mais intenso, incomum e acompanhado de cólica. Em geral está relacionado a anormalidades cromossomiais ou genéticas do embrião; ou então a uma insuficiência de hormônios gestacionais; ou ainda a alguma reação imunológica contra o embrião.

Sinais e sintomas. Mais comuns são a hemorragia acompanhada de dor ou cólica no centro da região abdominal inferior. Às vezes, ocorre dor intensa ou que persiste por mais de 24 horas sem a presença de fenômeno hemorrágico; noutras só ocorre o sangramento (como o de um período menstrual) sem dor; ou então a eliminação persistente de secreções que manchem as roupas íntimas por 3 dias ou mais. Quando de fato se dá o aborto, pode ocorrer a eliminação de coágulos ou de material acinzentado.

Tratamento. Se, ao exame, o médico verificar que a cérvice está dilatada, presumirá ter ocorrido o aborto espontâneo (ou que este está em andamento). Nesse caso, nada poderá ser feito para evitar

Sangramento no Segundo e no Terceiro Trimestres

O sangramento leve no segundo ou no terceiro trimestre em geral não é causa de maior preocupação. Muitas vezes decorre de trauma do colo uterino muito sensível durante o exame interno ou o coito, ou é simplesmente de causa desconhecida. Ocasionalmente, porém, é sinal de alarme, exigindo atenção médica imediata. Como só o médico poderá determinar a causa, deverá ser notificado nesse caso -- imediatamente se o sangramento for intenso, no mesmo dia se for moderado e se não se acompanhar de outros sintomas.

As causas mais comuns são:

Placenta prévia ou placenta de implante baixo. O sangramento é indolor e vermelho rutilante. Muitas vezes começa espontaneamente, embora possa ser desencadeado pela tosse, pelo esforço ao evacuar, ou pela relação sexual. Pode ser leve ou intenso, e costuma ceder, só reaparecendo no final da gestação. Ver p. 401 para outras informações.

Descolamento prematuro de placenta. O sangramento pode ser branco, lembrando o do fluxo menstrual normal, ou ser bem mais intenso, dependendo do grau de descolamento. O corrimento pode ou não conter coágulos. A intensidade da cólica associada, da dor, espontânea ou ao tocar o abdome, também dependerá da magnitude do problema. Nos casos mais graves pode se manifestar o quadro de choque por perda de sangue. Ver p. 403.

Aborto tardio. Na ameaça de aborto, o corrimento pode a princípio ser rosado ou acastanhado; quando o sangramento é intenso e se acompanha de dor, trata-se de aborto iminente. Ver p. 392.

Trabalho de parto prematuro. O trabalho parturiente é considerado prematuro quando começa depois da 20ª semana mas antes da 37ª. Um corrimento mucoso e sanguinolento que se acompanha de contrações pode indicar o início do trabalho pré-termo. Ver p. 406.

a perda. Em muitos casos o embrião ou o feto já morreram antes do início do aborto, agindo como fatores desencadeantes.

Por outro lado, se se provar que o concepto está vivo através do ultra-som ou do Doppler, e não houver dilatação, são muito boas as chances de que o aborto não se concretizará. Alguns médicos não recomendam qualquer tratamento em especial, na premissa de que a gravidez condenada evoluirá para o aborto, com ou sem tratamento, e a gravidez saudável persistirá (também com ou sem tratamento). Outros recomendarão o repouso na cama e a restrição das atividades, inclusive das relações sexuais — particularmente em gestantes com história de abortamento ou quando se acredita que o implante é imperfeito. A utilização de hormônios femininos, antes feita rotineiramente para o sangramento precoce, hoje raramente é feita, por existir dúvida quanto a sua eficácia e por preocupação quanto aos possíveis riscos fetais caso persista a gravidez. Em raríssimos casos, porém, as pacientes com história de abortamento e com prova de baixa produção hormonal poderão se beneficiar da administração de progesterona.

Às vezes, ao ocorrer o aborto, ele não se dá de forma completa — são eliminadas apenas partes da placenta, do saco e do embrião. Se você acredita ter sofrido um aborto e o sangramento, a dor ou ainda ambos persistem, ligue imediatamente para o médico. Para deter a hemorragia talvez seja necessária a D & E (Dilatação e Esvaziamento). É um procedimento simples mas importante, em que a cérvice é dilatada e todo o tecido fetal ou placentário restante é raspado ou aspirado. O médico provavelmente

Em Caso de Aborto Espontâneo

Apesar de ser difícil para os pais aceitarem o aborto, é preciso lembrar que quando ocorre em geral é para o bem. O aborto precoce costuma representar um processo de seleção natural em que o organismo despreza um embrião ou feto malformado (seja por fatores do meio ambiente, como radiação ou medicamentos; seja por mau implante uterino; seja ainda por anormalidade genética, infecção materna, acidente aleatório ou por razões desconhecidas). Esse feto provavelmente seria incapaz de sobreviver ou seria acentuadamente malformado.

Mesmo assim, a perda do bebê, seja ou não em fase gestativa precoce, sempre é traumática. Mas não deixe a culpa complicar o sofrimento — você não teve culpa por ele. Não se permita ficar de luto. Divida os sentimentos com o marido, com o médico, com uma amiga. Isso ajuda. Em certas localidades existem grupos de mútua ajuda para os pais que perdem um filho durante a gravidez. Informe-se a respeito. Trata-se de algo particularmente importante quando se perde mais de uma gravidez. Para outras sugestões ver p. 411.

Possivelmente, a melhor terapia é engravidar de novo tão logo seja possível, e seguro. Mas antes disso, discuta as possíveis causas do aborto com o médico. Na maioria dos casos o aborto é um evento aleatório: causado por anormalidades cromossomiais, infecção, substâncias químicas ou exposição a agentes teratogênicos, ou simplesmente por ação do acaso. Não tenderá a ocorrer outra vez. Os abortos repetidos (mais de dois) com freqüência se relacionam à deficiência hormonal na mãe ou à rejeição imunológica do "intruso" estranho, o embrião. Nessas duas situações, o tratamento antes da próxima concepção poderá prevenir a recidiva. Em raras ocasiões os abortos repetidos se devem a fatores genéticos, detectados pelo exame cromossomial do pai e da mãe durante a gravidez. Veja com o médico se seria esse o seu caso.

Qualquer que seja a causa do problema, muitos obstetras recomendam o casal aguardar de três a seis meses para tentar um filho novamente, embora as relações sexuais possam ser reiniciadas seis semanas depois. (Use método anticoncepcional confiável, preferivelmente camisinha, diafragma — ao receber o sinal verde do médico). Tire proveito do período de espera — procure melhorar os seus hábitos (dieta etc.). Felizmente, é excelente a chance de que da próxima vez tudo sairá bem. A maioria das mulheres que já tiveram um aborto não os tem repetidamente. Na realidade, o aborto é uma garantia de fertilidade e a grande maioria das mulheres que perdem uma gestação acabam por levar a nova gestação até o fim.

val querer examinar os produtos da concepção eliminados para tentar descobrir a causa do aborto.

ABORTO TARDIO

O que é. Trata-se da expulsão espontânea do feto entre o final do primeiro trimestre e a 20ª semana de gestação. Depois da vigésima semana fala-se em parto pré-termo ou prematuridade — nesse período o feto poderá sobreviver às condições extra-uterinas, mesmo que seja com o auxílio de recursos neonatológicos.[2] A causa do aborto tardio costuma se vincular à saúde materna, às condições da cérvice ou do útero, à exposição a certos medicamentos ou a outras substâncias tóxicas ou a problemas placentários (ver p. 212).

[2]Quando o bebê nasce morto depois da 20ª semana, costuma ser descrito como natimorto (não como caso de aborto espontâneo). As definições de abortamento tardio e de natimortalidade podem variar de acordo com os países, e mesmo dentro de um país como os Estados Unidos, de estado para estado.

Sinais e sintomas. A secreção de cor rosada ou vermelha, durante vários dias, ou então a secreção acastanhada durante várias semanas, indicam a ameaça de aborto. O sangramento mais intenso, sobretudo quando acompanhado de cólicas, provavelmente indica que o aborto é inevitável.

Tratamento. Para a ameaça de aborto tardio, muitas vezes se prescreve o repouso na cama. Se a eliminação de secreções se interromper, toma-se este sinal como indicação de que o fenômeno não se relacionava ao aborto. Permite-se então o retorno da gestante às atividades normais. Se a cérvice começou a se dilatar, poderá ser feito o diagnóstico de insuficiência cervical; a cerclagem (sutura da cérvice) poderá evitar o aborto.

Depois de iniciadas a hemorragia mais intensa e as cólicas, o tratamento se volta para a proteção da saúde materna. Pode-se justificar a internação por causa da hemorragia. Se a cólica e o sangramento persistirem depois do aborto, poderá se fazer necessária a D & E para remoção de possíveis resíduos da gravidez.

Se a causa do aborto tardio puder ser determinada, talvez se consiga evitar a repetição da tragédia. Quando se diagnostica a insuficiência cervical, o futuro aborto poderá ser evitado pela cerclagem no início da gravidez, antes da cérvice começar a se dilatar. Se o problema se relacionava à insuficiência hormonal, a terapêutica de substituição hormonal poderá permitir a boa evolução da futura gestação. Se a causa estava em afecções crônicas (diabetes, hipertensão, por exemplo) essas poderão ser mais bem controladas da próxima vez. As infecções agudas e a desnutrição podem ser evitadas ou tratadas. Certas anormalidades da forma uterina (causadas por fibromas ou por outros tumores benignos, por exemplo) podem ser corrigidas cirurgicamente em alguns casos.

DOENÇA TROFOBLÁSTICA (MOLA HIDATIFORME)

O que é. De cada 2.000 gestações nos Estados Unidos, aproximadamente em uma o trofoblasto, em vez de evoluir para a formação da placenta normal, se converte numa massa de pequenas vesículas claras que lembram o aspecto de "cachos de uva". O trofoblasto, é preciso lembrar, é uma camada de células que reveste o saco gestacional e normalmente dá origem às vilosidades coriônicas. A transformação anormal do trofoblasto é mais comum em mulheres com mais de 45 anos do que em mulheres jovens. Quando isso ocorre, o ovo fecundado se deteriora por não mais contar com o sistema de sustentação placentário. Essa condição, habitualmente chamada doença trofoblástica ou mola hidatiforme, provavelmente é causada por anormalidades cromossomiais do ovo fecundado.

Sinais e sintomas. O primeiro sinal da gestação molar costuma ser um corrimento acastanhado, ora intermitente, ora contínuo. Com freqüência, a náusea matinal corriqueira se mostra particularmente acentuada. À medida que evolui a gestação, 1 entre 5 mulheres eliminam minúsculas vesículas pelo canal vaginal. Ao início do segundo trimestre o útero mostra-se maior do que o esperado e, à palpação, se revela mole, pastoso, nunca com a firmeza característica; não se ausculta o batimento cardíaco fetal. Às vezes ocorre pré-eclâmpsia (hipertensão arterial, edema e presença de proteínas na urina) e também se identificam sinais de hiperatividade tiroidiana (como a perda de peso, por exemplo). O diagnóstico definitivo pode ser feito pela ultra-sonografia, que revelará a inexistência de tecido fetal ou embrionário e a distensão uterina pelas pequenas vesículas. Os ovários podem também se mostrar aumentados pela elevação concomitante do teor de hCG.

Tratamento. A cérvice é dilatada e providencia-se o esvaziamento uterino, como um caso de aborto. O acompanhamento é importante, já que 10% a 15% das gestações molares não detêm o seu crescimento de imediato. Se o teor de hCG no sangue não retornar ao normal, poderá ser realizada nova D & E. Após a segunda intervenção, se o teor hCG não se alterar, o médico deverá pesquisar a existência de nova gestação ou propagação do tecido molar para a vagina ou para os pulmões. Em raras ocasiões a gestação molar se torna maligna (ver coriocarcinoma, p. 394). Por isso o acompanhamento evolutivo depois de caso de mola hidatiforme se torna imperioso (trata-se de condição que pode ter cura com o diagnóstico e o tratamento precoces).

Recomenda-se em geral adiar a concepção por um ou dois anos depois de gestação molar. A supervisão diligente da nova gestação será obrigatória pela probabilidade de ocorrer novo caso de mola. Como há algumas tênues indicações de que a doença trofoblástica esteja associada a um aporte insuficiente de proteínas animais e de vitamina A, recomendamos que a gestante adote mesmo antes de engravidar mais uma vez alguns dos princípios que definimos na Dieta Ideal (particularmente para atender a sua necessidade de proteínas e de verduras e legumes mostrada na p. 109).

MOLA HIDATIFORME PARCIAL

O que é. Tanto na mola parcial quanto na completa (ver acima) observa-se o desenvolvimento anormal do trofoblasto. Na mola parcial, entretanto, se encontra o tecido fetal ou embrionário. Quando o feto sobrevive, muitas vezes exibe retardo do crescimento e uma ampla variedade de anomalias congênitas, como malformação dos dedos (sindactilia) e hidrocefalia. Quando nasce um bebê normal, em geral descobre-se que se tratava de gravidez gemelar: a mola pertencia ao gêmeo que se deteriorou.

Sinais e sintomas. São semelhantes aos do aborto incompleto ou não diagnosticado. Costuma ocorrer sangramento vaginal irregular, ausência de batimento cardíaco fetal e útero pequeno ou normal para a idade gestacional. Só uma pequena porcentagem dessas gestantes exibe útero aumentado, como é comum na gestação molar completa. Para diagnosticar a mola parcial empregam-se a ultra-sonografia e o teor de hCG.

Tratamento. O acompanhamento clínico e o tratamento são semelhantes aos da mola completa. Não se recomenda a gravidez enquanto o teor hormonal não tiver se estabilizado durante pelo menos seis meses. A futura gestação, para a maioria das mulheres que tiveram mola parcial, será normal. Mas existe o risco de recidiva. Por isso, o exame ultra-sonográfico precoce é importante nas gestações futuras para excluir essa possibilidade.

CORIOCARCINOMA

O que é. O coriocarcinoma é um tumor maligno extremamente raro e que se relaciona à gravidez. Cerca da metade dos casos se desenvolve quando há mola hidatiforme (p. 393), 30% a 40% depois de aborto espontâneo e 10% a 20% depois de uma gravidez normal.

Sinais e sintomas. Entre os sinais da doença estão a hemorragia intermitente após abortamento espontâneo, após uma gestação normal ou depois da remoção de mola. Além disso, observam-se elevação do teor no sangue materno de hCG e um tumor na vagina, no útero ou nos pulmões.

Quando se Descobre Alguma Anomalia Congênita

É o pesadelo de todas que se submetem a qualquer espécie de diagnóstico pré-natal: se algo for descoberto de maior gravidade, nos países em que o aborto é legal, considera-se a possibilidade de interromper a gravidez. O fato de que só raramente esse pesadelo se torna realidade não é consolo para os casais que recebem a má notícia.

Antes de qualquer outra consideração, a gestante precisa certificar-se de que o diagnóstico está correto e que são claras todas as opções. É sempre bom nesses casos ouvir uma segunda opinião, de um geneticista por exemplo.

Se a gravidez tiver de ser interrompida, mesmo em países em que o aborto é permitido, nem sempre a reação da gestante é favorável. Pode ser vivenciada uma situação muito difícil. As amigas mais bem-intencionadas podem não entendê-la e tampouco o que a mulher está passando. Não entendem por vezes a tragédia. O apoio profissional — de médico, de terapeuta, de assistente social ou de geneticista — pode ser necessário para ajudá-la a enfrentar esta situação difícil. Aceitá-la não é fácil. Provavelmente você passará por todos os estágios do luto — negação, rancor, regateio, depressão — antes de chegar à aceitação.

Muitas vezes os casais que recebem más notícias se sobrecarregam com um fardo extra desnecessário: a culpa. É importante perceber que as anomalias congênitas são na maioria dos casos obras do acaso. Você não pretendia prejudicar o bebê, e se o prejudicou sem saber, não vá se culpar. Ver p. 411 para outros conselhos para enfrentar a perda de um bebê.

Se você estiver decidida a terminar a gravidez, mas magoada por assim proceder, talvez ajude saber que se o diagnóstico não fosse feito no pré-natal, você continuaria a carregar e a amar o seu bebê durante nove meses, para então perdê-lo logo depois do parto. Ou então você daria à luz um filho que poderia viver durante meses ou anos, mas com nenhuma semelhança com a vida como a conhecemos. Em vez disso, por acisão da data provável do parto talvez você tenha tido a oportunidade de engravidar novamente — dessa vez, tomara, com um bebê sadio. Isso, naturalmente, de forma alguma lhe tira o direito de ficar de luto pela perda deste.

Tratamento. É quimioterápico. Com o diagnóstico e o tratamento precoces, a sobrevida é a norma e a fertilidade não se altera. Não obstante, só se recomenda a fecundação dois anos depois de completado o tratamento.

DIABETES GESTACIONAL

O que é. Uma condição temporária, semelhante a outros tipos de diabetes em que o corpo não produz a quantidade suficiente de insulina para fazer frente ao elevado teor de açúcar no sangue durante a gestação (ver p. 187).

O diabetes, seja o que se inicia durante a gestação, seja o que se inicia antes da concepção, não costuma ser doença perigosa, nem para o feto, nem para a gestante. Mas essa afirmação só é válida quando a doença é *controlada*. Caso uma quantidade excessiva de açúcar fique a circular pelo sangue materno, entrando na circulação fetal através da placenta, os possíveis problemas daí recorrentes serão graves, para a mãe e para a criança.

Sinais e sintomas. O primeiro sinal pode ser a presença de açúcar na urina. Costuma também ocorrer sede excessiva, micção freqüente e muito copiosa (a ser distinguida da micção também freqüente mas pouco abundante própria da gestação incipiente) e fadiga (que pode

ser difícil de distinguir da fadiga gestacional).

Tratamento. Felizmente, quase todos os riscos vinculados ao diabetes gestacional podem ser eliminados através do controle escrupuloso do açúcar no sangue, mediante o devido atendimento médico e os cuidados da própria gestante. Se as instruções do médico forem seguidas (ver p. 370 para algumas dessas recomendações), a mãe diabética e o bebê terão boas chances de chegarem muito bem ao termo.

INFECÇÃO AMNIÓTICA (CORIOAMNIONITE)

O que é. Trata-se da infecção do líquido amniótico e das membranas fetais. O diagnóstico é feito apenas em uma entre 100 gestantes. Mas se suspeita que a incidência seja muito maior. Acredita-se que esse tipo de infecção seja uma das principais causas de rompimento prematuro das membranas e de trabalho de parto precoce.

Sinais e sintomas. Em alguns casos a infecção amniótica é assintomática (sem sintomas), principalmente na fase inicial. O diagnóstico é dificultado pelo fato de não existir um exame laboratorial simples que o confirme. Muitas vezes, o primeiro sinal da doença é o batimento cardíaco acelerado (taquicardia) da gestante. Como a taquicardia pode ser causada por desidratação, pela medicação usada, por hipotensão arterial ou por ansiedade, precisa ser comunicada ao médico. Em seguida, surge uma febre de mais de 38°C, e em muitos casos a gestante sente dor ao tocar na região baixa do ventre. Em caso de rompimento das membranas, poderá se manifestar um odor fétido; caso estejam preservadas, poderá ser percebido apenas um odor desagradável do corrimento vaginal que se origina na cérvice (colo uterino). O exame laboratorial vai revelar aumento dos glóbulos brancos no sangue (leucocitose). Trata-se de um sinal que mostra a luta do organismo contra os germes da infecção. Pode ocorrer sofrimento fetal, o que é mostrado pelo baixo escore do perfil biofísico (ver p. 304).

Tratamento. A infecção amniótica é causada por uma ampla variedade de germes. O tratamento, além de depender do agente etiológico específico, vai depender da condição do feto e da gestante. Várias causas que explicam os sintomas terão de ser excluídas. Será preciso identificar o germe envolvido mediante provas laboratoriais. Além disso, será preciso fazer diligente avaliação do feto antes de iniciar o tratamento. Caso a gestação esteja chegando ao termo e já ocorreu a ruptura da bolsa das águas (e se, além disso, houver risco para a mãe e o feto), a conduta geralmente preferida é o parto imediato. Se o feto for muito imaturo e de sobrevida improvável fora do útero (e se convier retardar o parto), será possível manter a antibioticoterapia (em grandes doses) até o controle da situação. O parto, nesse caso, será adiado até o feto atingir a devida maturidade ou até a condição da mãe e do bebê começar a se deteriorar.

Os progressos da medicina, que permitem um diagnóstico e um tratamento mais rápidos, têm reduzido enormemente o risco de corioamnionite para a gestante e o feto; é possível que ainda outros avanços nessa esfera do conhecimento venham a reduzir ainda mais esse risco.

TOXEMIA GRAVÍDICA (PRÉ-ECLÂMPSIA)

O que é. Trata-se, em princípio, de uma forma de hipertensão gravídica. Ninguém sabe a causa da condição. Ninguém sabe também por que se manifesta

mais freqüentemente em primíparas (primeira gravidez). Há pesquisas que a vinculam à má nutrição, sobretudo protéica, mas as provas não são conclusivas. As pesquisas mais recentes revelaram a presença de substâncias tóxicas no sangue das gestantes que apresentam o problema. Em tubos de ensaios, tais substâncias lesam as células endotélias humanas (as células que revestem os vasos sangüíneos). Imagina-se que sejam produzidas mediante uma reação imunológica (ou defensiva) pelo organismo a um agente estranho — o bebê — quando, então, o mecanismo responsável pela supressão dessa reação deixa de ser eficaz. Talvez novas pesquisas com base nessa teoria venham a ajudar no combate à doença.

Sinais e sintomas. A princípio, observa-se o edema (inchação) das mãos e do rosto com ganho de peso excessivo e repentino (sinais relacionados à retenção hídrica); a pressão arterial se eleva (140/90 ou mais em mulheres que nunca foram hipertensas)[1]; surge a proteína na urina (proteinúria). Essa condição pode rapidamente evoluir para um estágio de maior gravidade, caracterizado por elevação ainda maior da pressão arterial (em geral acima de 160/110), por maior quantidade de proteína na urina e por outros sintomas: embaçamento da visão, cefaléia, irritabilidade, volume urinário escasso, confusão mental, dor gástrica intensa e anormalidades da função hepática, renal e plaquetária. Sem tratamento, a pré-eclâmpsia na sua forma grave pode evoluir rapidamente para a eclâmpsia: quadro ainda mais grave que se caracteriza pelas convulsões e que pode evoluir para o coma.

[1]Ocasionalmente a pressão arterial não se eleva imediatamente, mas o edema, a presença de proteína na urina e os exames laboratoriais anormais denunciam a existência de pré-eclâmpsia.

A pré-eclâmpsia ocorre em 5% a 10% das gestações e, se evoluir sem tratamento, pode causar lesão permanente do sistema nervoso, dos vasos sangüíneos ou mesmo dos rins na gestante. No feto, pode causar retardo do crescimento (pela redução do fluxo sangüíneo placentário) ou privação de oxigênio. Felizmente, nas mulheres que recebem atendimento médico regular, a doença é diagnosticada precocemente e tratada com êxito, com o que se evita o desenlace mais sombrio.

Ocasionalmente a doença só se manifesta durante o trabalho de parto ou o parto, e às vezes só no puerpério. Esse repentino aumento da pressão arterial pode significar realmente pré-eclâmpsia ou pode ser mera reação ao estresse. Por esse motivo, cumpre supervisionar diligentemente em toda gestante que se apresenta com hipertensão arterial não só a pressão com freqüência, mas também a presença de proteína na urina, os reflexos (exame neurológico) e a bioquímica do sangue.

Tratamento. O tratamento varia de acordo com a gravidade da doença, da condição da gestante e do bebê, da duração da gestação e segundo o critério médico.

Em caso de *doença branda*, se a gestante estiver perto do final da gestação e já começou o amolecimento e adelgaçamento do colo uterino, a indução do parto terá início sem demora. Caso contrário, interna-se a paciente: impõe-se o repouso absoluto no leito (deitada do lado esquerdo), dá-se início a uma intensa supervisão clínica (mas em geral sem uso de diuréticos, de anti-hipertensivos ou de rígida restrição de sódio). Em alguns casos muito brandos, permite-se o repouso na cama em casa, depois de normalizada a pressão arterial. Mesmo nesse caso deverá continuar a intensa supervisão clínica, seja por enfermeira (que irá atendê-la em casa), seja por médico, com visitas regulares ao consultório. A gestante terá de ser avisada dos sinais de pe-

rigo — dor de cabeça muito intensa, distúrbios visuais, ou dor abdominal (alta ou baixa) — que a alertarão para o agravamento da condição. Ao surgir qualquer um desses sintomas, deverá recorrer a atendimento médico de emergência.

Se a gestante estiver no hospital, ou mesmo se estiver em casa, a condição do bebê será avaliada regularmente: checam-se os movimentos fetais diariamente, providencia-se o exame tococardiográfico e amniocentese, trata-se de realizar a ultra-sonografia, tudo de acordo com o necessário. Se em algum momento a condição da mãe se agravar, ou se os exames mostrarem que o feto estaria melhor fora do útero, será preciso avaliar a melhor forma de parto. Caso a cérvice esteja em condições favoráveis e o bebê não esteja em sofrimento agudo, opta-se em geral pelo parto vaginal. Caso contrário se recomenda a cesariana.

O costume é não deixar a gestante com pré-eclâmpsia (mesmo nos casos mais brandos) ultrapassar as 40 semanas de gestação: o ambiente intra-uterino nesses casos se deteriora mais depressa. Dependendo das circunstâncias, ou o trabalho de parto será induzido ou o bebê será retirado por cesárea.

O prognóstico da gestante com pré-eclâmpsia na sua forma branda é muito bom quando ela recebe o devido atendimento médico: nesses casos o desenlace da gestação é praticamente o mesmo da que tem gestação com pressão arterial normal.

Nos casos de maior gravidade, ou quando a pré-eclâmpsia evolui sem o devido atendimento, o tratamento costuma ser mais agressivo. Dá-se início à administração de sulfato de magnésio por via intravenosa (para prevenir as convulsões, uma das complicações mais graves da doença). Embora os efeitos colaterais dessa conduta sejam importantes, não são graves. Se a gravidez aproxima-se do termo, ou se os pulmões fetais apresentarem maturidade suficiente, costuma-se recomendar o parto imediato. Em caso de prematuridade fetal (mas em gestação de mais de 28 semanas), muitos médicos também o preferem: o parto imediato parece ser melhor para a mãe e para o bebê. Para ela porque se torna possível normalizar a pressão arterial e sua condição geral; para ele porque estará em melhores condições na unidade de tratamento intensivo neonatal do que no útero materno. Essas gestantes devem ter o parto em grandes hospitais gerais — com as devidas condições de atendimento — onde se dispõe de recursos para o devido tratamento da mãe e do recém-nascido.

Alguns médicos, contudo, preferem o tratamento mais conservador (internação, repouso no leito, medicação e supervisão intensiva da condição do feto), para permitir o desenvolvimento da devida maturidade fetal, embora não se saiba ao certo se esta é a melhor conduta. Alguns ministram esteróides para acelerar a maturação dos pulmões fetais, embora também seja conduta controversa. Se a pressão arterial da mãe não puder ser controlada ou se forem identificados sinais de deterioração materna ou fetal, o método conservador é abandonado em favor do parto imediato.

Entre 24 e 28 semanas, praticamente todos os médicos tentam o enfoque mais conservador: para dar tempo de amadurecimento dos pulmões fetais. Mas às vezes é necessário fazer o parto antes de 24 semanas para reverter o processo pré-eclâmpsico, mesmo que não se dê chance de sobrevida ao bebê. Nesse período, embora o feto tenha pouquíssima probabilidade de sobreviver fora do útero, a pré-eclâmpsia felizmente é problema incomum.

Com o devido atendimento médico (instituído a tempo) são muito boas as chances de um desenlace favorável — pa-

na a gestante (exceto em raras ocasiões) e para o bebê.

Em 97% das gestantes com pré-eclâmpsia que não sofriam de hipertensão antes da gravidez a pressão arterial se normaliza depois do parto. O declínio se dá para a maioria nas primeiras 24 horas após o parto e para as outras na primeira semana. Se a pressão arterial não voltar ao normal depois de seis semanas o médico começará a tentar identificar a causa subjacente.

ECLÂMPSIA

O que é. Pode ocorrer antes, durante ou após o parto. Trata-se do estágio final da toxemia gravídica (para o qual evoluem alguns casos de pré-eclâmpsia). Quando a gestante recebe o atendimento médico oportuno dificilmente evolui para essa fase.

Sinais e sintomas. Convulsões, coma ou ambos. São muitas vezes precedidos por violenta elevação da pressão arterial, por pronunciada elevação da proteína na urina, por exacerbadas reações reflexas, e também por dor de cabeça, náusea ou vômito, irritabilidade, inquietude e contrações bruscas, dor abdominal, torpor e sonolência, febre ou taquicardia.

Tratamento. É preciso evitar que a paciente se machuque durante o episódio convulsivo. São administrados oxigênio e medicamentos para combatê-lo; eliminam-se os estímulos do meio ambiente (luzes, ruídos) na medida do possível. Induz-se o trabalho de parto ou opta-se para o parto cirúrgico depois de estabilizada a condição da gestante. Em caso de atendimento médico ótimo, o índice de sobrevida é de 98%. A maioria das pacientes retornam à condição normal depois do parto. Mas se faz necessário o acompanhamento clínico: é preciso fazer com que a pressão arterial permaneça normalizada.

RETARDO DO CRESCIMENTO INTRA-UTERINO

O que é. Às vezes, quando o ambiente intra-uterino não é ideal, o feto não cresce no ritmo em que deveria. Várias são as causas do problema: enfermidades da gestante, estilo de viver, insuficiência placentária e assim por diante. Sem intervenção, o bebê acabará nascendo pequeno para a idade gestacional, configurando o que se conhece por recém-nascido de baixo peso — seja prematuro ou não. Mas se esse retardo do crescimento for diagnosticado no pré-natal, como costuma acontecer quando a gestante tem atendimento adequado, torna-se possível evitar o problema ao nascimento.

Trata-se, na verdade, de um problema mais comum na primeira gravidez e na quinta e subseqüentes. Também é mais comum entre mulheres com menos de 17 anos e naquelas com mais de 34 anos de idade.

Sinais e sintomas. A barriga pequena *não é assinatura* do retardo de crescimento fetal — da mesma forma que a barriga grande ou que o excessivo ganho de peso não significam necessariamente que o bebê seja grande. Na maioria dos casos não há sintomas explícitos de que a gestante esteja com esse problema. Mesmo assim, o médico é capaz de supor que o útero ou o feto são pequenos para a idade gestacional depois de medir o abdome com uma fita métrica. O diagnóstico poderá ser confirmado ou excluído através da ultra-sonografia.

Tratamento. Em alguns casos, os fatores responsáveis pelo problema são fa-

Para Reduzir os Riscos do Bebê que Está em Risco

Se houver qualquer razão para acreditar que o bebê talvez seja menos que perfeito ao nascer, é importante assegurar as melhores condições para que chegue bem neste mundo. Na maioria dos casos, isso significa fazer o parto em hospital plenamente equipado, capaz de enfrentar as mais graves emergências neonatais possíveis. (Essa conduta é preferível, segundo as pesquisas, a transferir o bebê para um grande hospital depois do parto.) Se você está com gestação de alto risco em que o bebê também se encontre ameaçado, converse com o médico para fazer o parto em hospital com essas características. E tome as devidas providências para conseguir chegar nele a tempo.

cilmente identificados e podem ser modificados ou eliminados. Entre esses casos estão aqueles em que se faz o devido atendimento pré-natal (o obstetra que está presente desde o início da gravidez e que é visto com regularidade identifica mais facilmente o problema); em que a dieta é insuficiente ou em que o ganho de peso é insuficiente (a dieta equilibrada — como a Dieta Ideal proposta à p. 109 — ajuda a remediar esses fatores); em que há inveterado tabagismo (é preciso que a gestante renuncie ao hábito o mais precocemente possível para que tenha um bebê com saúde); em que há abuso de álccol ou de outras substâncias (às vezes nesses casos se faz necessário o auxílio profissional).

Já outros fatores maternos não poderão ser eliminados: só poderão ser controlados para minimizar os riscos para o crescimento do bebê. Entre eles estão as doenças crônicas (diabetes, hipertensão arterial, nefropatias); certas enfermidades gravídicas (anemia, pré-eclâmpsia); outras tantas enfermidades agudas não vinculadas à gravidez (infecções urinárias, por exemplo). Para saber como tais afecções são tratadas durante a gravidez recomendamos que a leitora procure os capítulos em que são tratadas especificamente.

Para que a intervenção seja eficaz, é preciso que alguns outros fatores de risco sejam eliminados antes de ter início a gestação. Entre esses estão o baixo peso materno muito acentuado (é preciso ganhar alguns quilos, nesse caso, antes de engravidar); a suscetibilidade à rubéola (a vacinação elimina o risco); o tempo entre as gestações (esse período de tempo entre uma gestação e outra, quando inferior a seis meses, pode prejudicar o desenvolvimento do bebê. Mesmo assim a boa nutrição, o devido repouso e o correto atendimento médico ajudam a

O Baixo Peso em Gestações Sucessivas

A mãe que já deu à luz um bebê de baixo peso só tem uma pequena chance de tornar a ter um nas mesmas condições — as estatísticas, aliás, mostram que a tendência é a de cada filho ser mais pesado que o anterior. Na realidade, tudo vai depender dos fatores envolvidos no caso, e se tais fatores vão se repetir na próxima gestação (ver p. 399).

Descubram-se ou não tais fatores, toda gestante que já teve filho de baixo peso ao nascer deve dar a devida atenção a todos eles para que possa reduzir o risco da próxima vez, ver p. 81.

melhorar a gestação que nele já se tenha iniciado); as malformações uterinas ou outros problemas dos órgãos geniturinários (que podem às vezes ser corrigidos por cirurgia); e também a exposição a substâncias tóxicas ou ambientais, inclusive os riscos ocupacionais (ver p. 102).

Alguns fatores que interferem no desenvolvimento intra-uterino não podem ser facilmente modificados. Entre esses estão a pobreza, a desinformação e o fato da mulher ser ou não ser casada (talvez por contribuírem para a má nutrição da gestante e o atendimento médico insuficiente); a exposição ao dietilestilbestrol antes do nascimento (p. 70); a vida em grandes altitudes (embora seja condição que aumente muito pouco o risco); o filho ou a filha de gestação anterior que já nasceu com baixo peso, a que tem filho com anomalias congênitas e a que sofreu abortos espontâneos múltiplos; a gravidez gemelar; o sangramento no primeiro ou no segundo trimestres, os problemas placentários (placenta prévia ou descolamento prematuro de placenta), a náusea e o vômito intensos que persistem além do terceiro mês; o excesso ou a falta de líquido amniótico, as anormalidades da hemoglobina, ou rompimento prematuro das membranas); e ainda a isoimunização Rh (ver p. 63). O fato da gestante ter nascido com baixo peso também gera risco do problema. Porém, em quase todos os casos, a nutrição ideal e a eliminação de quaisquer fatores de risco existentes aumentam enormemente a chance de ter um bebê com crescimento normal.

A maioria dos prematuros nascem com baixo peso, mesmo que este seja compatível com a idade gestacional. Por isso, convém intervir nos fatores que promovem o trabalho de parto prematuro ou naqueles que o retardam (ver p. 256): o impacto dessa intervenção pode ser muito significativo e pode até evitar o baixo peso ao nascimento.

As pesquisas mais recentes apontam para muitos outros fatores que talvez contribuam para o baixo peso ao nascer. Vale citar o estresse (físico, inclusive a fadiga, e o psicológico); o insuficiente aumento da volemia materna (volume de sangue circulante); e a deficiência de progesterona.

Quando a prevenção falha e é diagnosticado o retardo de crescimento intra-uterino, podem ser tentadas outras condutas para enfrentar o problema, dependendo da causa suposta. Entre essas estão: o repouso em leito hospitalar (sobretudo quando o ambiente doméstico não é favorável); a melhor nutrição, com ênfase nas proteínas, nas calorias e no ferro — e até na alimentação parenteral quando necessário; os medicamentos que melhorem o fluxo placentário ou que corrijam algum fator contribuinte para o problema do baixo peso; e, por fim, o parto imediato, quando o ambiente intra-uterino não é propício e não pode ser melhorado.

Mesmo quando a prevenção e o tratamento não são bem-sucedidos, a chance de sobrevida e de boa saúde do bebê de baixo peso são excelentes: principalmente quando se levam em conta os milagres da medicina moderna. Graças a eles muitos desses bebês acabam por apresentar um desenvolvimento absolutamente normal.

PLACENTA PRÉVIA

O que é. Pelo nome parece alguma doença da placenta, mas não é. Refere-se à situação uterina da placenta, não à sua condição. Trata-se daquela situação em que a placenta se apresenta fixada à metade inferior do útero, recobrindo, parcial ou completamente, o óstio uterino (o orifício cervical interno). Na gravidez incipiente, o implante baixo da placenta é bastante comum. Entretanto, à proporção que evolui a gravidez, a placenta, na

maioria dos casos, desloca-se para cima.[4] E mesmo quando não se desloca, dificilmente causa problema, a menos que recubra a abertura cervical. Nessa pequena porcentagem de casos, poderá causar problemas ao final da gravidez ou durante o parto. Quanto mais perto do óstio se situa, maior a possibilidade de hemorragia. Quando obstrui parcial ou completamente o óstio uterino, o parto vaginal costuma ser impossível.

O risco é maior em mulheres com cicatrizes na parede uterina por gravidez anterior, por cesárea, por cirurgia uterina ou por D & E depois do parto espontâneo. A necessidade de maior superfície placentária se deve à maior necessidade de oxigênio e de nutrientes para o feto (por tabagismo, por causa de vida em grandes altitudes, por gravidez gemelar): esse fato também pode aumentar o risco de placenta prévia.

Sinais e sintomas. Sangramento indolor à medida que a placenta se afasta da porção uterina inferior que se distende, ocasionalmente antes da 28ª semana, porém mais freqüentemente entre a 34ª e a 38ª: esse é o sinal mais comum de placenta prévia. Mesmo assim, 7% a 30% das gestantes com placenta de implante baixo não apresentam qualquer sangramento antes do parto. Esse sangramento costuma ser de cor vermelha acentuada, não é associado a dor ou sensibilidade abdominal intensa, é espontâneo, embora possa ser desencadeado por tosse, pelo esforço à evacuação intestinal ou pelo coito. O sangramento pode também ser leve ou intenso, detendo-se muitas vezes para depois só reaparecer mais tarde. Como a placenta se interpõe no caminho do feto, este muitas vezes não se "insinua" na cavidade pélvica como preparação para o parto.

Em mulheres que não apresentam sintomas, a condição pode ser descoberta durante o exame ultra-sonográfico de rotina ou só poderá ser identificada ao parto.

Quando há sangramento e se suspeita do diagnóstico, este pode ser feito pela ultra-sonografia.

Tratamento. Como a maioria dos casos de placentação baixa apresenta correção espontânea antes do parto (ver p. 222) e jamais causa problema, a condição não requer tratamento antes da 20ª semana. Depois desse período, quando não houver sintomas, a gestante com o diagnóstico confirmado poderá ser submetida à restrição das atividades com maior repouso na cama. Quando houver sangramento, a internação hospitalar é mandatória para avaliação das condições da mãe e do bebê, quando então se tentará uma estabilização, se necessária. Se o sangramento se detiver ou for muito pequeno, costuma-se recomendar o tratamento conservador. Consiste esse em internação, repouso no leito (embora permita-se à gestante ir ao banheiro), complementação vitamínica (ferro e vitamina C), supervisão rigorosa e transfusões de sangue conforme necessário, até que o feto exiba amadurecimento suficiente para o parto. A dieta rica em fibras, com uso de laxante, às vezes é prescrita para facilitar o esforço evacuatório. Às vezes, a gestante que não apresenta sangramento durante uma semana e que tem fácil acesso ao hospital (trajeto de 15 minutos, por exemplo) poderá ficar repousando em casa, seguindo regime semelhante ao do hospital, desde que acompanhada por adulto durante 24 horas (para ser imediatamente levada ao hospital se necessário).

O objetivo é manter a gravidez em andamento até a 36ª semana, pelo menos. A essa altura, se os exames revelarem

[4] Mesmo as placentas de implantação baixa diagnosticadas tardiamente na gravidez podem ocasionalmente continuar a se deslocar para cima, permitindo o parto a termo normal.

que os pulmões do feto estão maduros, poderá ser feito o parto por cesárea para reduzir o risco de hemorragia. Naturalmente, se houver risco para a mãe ou o bebê antes desse período em virtude da hemorragia, o parto não mais será adiado, mesmo que acarrete prematuridade. Graças às unidades de tratamento intensivo neonatal, esses bebês, na grande maioria, ficam em melhores condições nesse setor do hospital do que ao próprio útero materno em que a condição placentária se deteriora.

Mais ou menos 3 entre 4 mulheres com o diagnóstico de placenta prévia são submetidas a parto cirúrgico antes de iniciar o trabalho de parto. Se a condição não for descoberta até esse momento, se o sangramento for brando e se a placenta não obstruir a cérvice, pode ser tentado o parto vaginal. Em qualquer caso, os resultados são muito bons; embora há algum tempo essa condição acarretasse em sério risco, quase 99% das gestantes não passam por maiores problemas e tampouco os bebês.

PLACENTA ACRETA

O que é. Ocasionalmente a placenta se desenvolve na profundidade das camadas da parede uterina e a ela se adere firmemente. Dependendo da profundidade dessa invasão parietal pelas células placentárias, a condição poderá também ser descrita como placenta percreta ou placenta increta. É mais comum em mulheres com processo cicatricial na parede uterina por cirurgia ou parto anteriores, sobretudo nas que tiveram placenta prévia ou prévia cesárea.

Sinais e sintomas. Durante o terceiro estágio do parto, a placenta não se separa da parede uterina.

Tratamento. Na maioria dos casos é preciso removê-la cirurgicamente para deter a hemorragia. Quando esse sangramento não é controlado pela ligadura dos vasos sangüíneos expostos, poderá ser necessária a remoção de todo o útero.

DESCOLAMENTO PREMATURO DA PLACENTA

O que é. Essa condição, em que a placenta se separa prematuramente do útero, é responsável por 1 entre 4 casos de sangramento ou hemorragia no final da gravidez. É mais comum em multíparas, nas mulheres que fumam, que sofrem de hipertensão (crônica ou gravídica), que fizeram uso de aspirina no final da gestação ou que já tiveram descolamento prematuro da placenta. Às vezes a causa está em cordão umbilical curto ou em trauma acidental.[5]

Sinais e sintomas. Quando é pequeno o descolamento, o sangramento também será de pequena monta, semelhante ao fluxo menstrual, ou então tão intenso quanto um fluxo profuso, com ou sem presença de coágulos. Pode ocorrer também dor em cólica e dor à palpação da cavidade uterina. Ocasionalmente, sobretudo quando ocorreu trauma abdominal, pode não se manifestar qualquer sangramento.

No descolamento moderado, o sangramento é mais intenso, o abdome se mostra doloroso e firme e a dor abdo-

[5] Se você sofrer alguma lesão traumática e apresentar sinais de descolamento prematuro da placenta, chame imediatamente o médico. Se não apresentar tais sinais, faça um teste dos movimentos fetais depois do acidente (p. 217). Repita o teste depois de algumas horas, e mais duas ou três vezes nos dois dias seguintes. Os sinais do descolamento prematuro da placenta e do sofrimento fetal podem só se manifestar 24 a 48 horas depois.

minal é mais acentuada, com origem em parte nas fortes contrações uterinas. Tanto a mãe quanto o bebê podem exibir sinais de perda sangüínea.

Quando mais da metade da placenta se separa, surge uma situação de emergência para a gestante e o bebê. Os sintomas são semelhantes aos do descolamento moderado, porém mais acentuados.

O diagnóstico é confirmado pela história clínica, pelo exame físico e pela observação das contrações uterinas e a reação do feto a elas. A ultra-sonografia é de grande utilidade, embora só metade dos casos seja visualizada pelo exame.

Tratamento. Quando o descolamento é pequeno, o repouso ao leito muitas vezes detém a hemorragia e a mãe costuma poder retornar a sua rotina normal, com pouca restrição das atividades, alguns dias depois. Embora seja incomum, existe a possibilidade de novo episódio hemorrágico, tornando-se obrigatória a supervisão obstétrica pelo resto da gravidez. Se os sinais do problema tornarem a se manifestar e a gestação estiver próxima ao termo, o parto poderá ser realizado.

Na maioria dos casos, o descolamento também responde ao repouso na cama. Mas muitas vezes são necessárias transfusões e outras condutas emergenciais. A supervisão atenta da mãe e do bebê é muito necessária, e se forem percebidos sinais de sofrimento fetal, o parto deverá ser providenciado sem demora.

Quando o descolamento é de maior gravidade, torna-se imperativo o atendimento médico imediato — com uso de transfusões e com o parto.

O prognóstico costumava ser sombrio para a mãe e o bebê nesses casos. Hoje, graças aos atuais recursos de atendimento, praticamente todas as gestantes com esse problema (e mais de 90% de seus filhos) evoluem muito bem.

ROMPIMENTO PREMATURO DAS MEMBRANAS (AMNIORREXE PREMATURA)

O que é. Trata-se do rompimento das membranas coriônicas, ou da bolsa d'água, antes de começarem as contrações. Pode ocorrer horas, semanas ou meses antes da data prevista. Não se sabe ao certo a causa do problema, ou seja, por que algumas se rompem antes e outras nem durante o trabalho de parto. Especula-se entretanto que uma enzima, a colagenase, produzida por certas bactérias, tenha alguma participação na redução da resistência e elasticidade das membranas que recobrem o feto.

Sinais e sintomas. Observa-se o escoamento de líquido pelo canal vaginal, que se acentua quando a gestante se deita. O médico constata que se trata de líquido alcalino oriundo da cérvice (e não de urina, que seria ácida).

Tratamento. Os médicos concordam que a princípio a melhor conduta a tomar é a expectante: trata-se de um período de atenta observação em que se avaliam as condições do bebê e se acompanha o desenvolvimento das contrações — e inclusive a possibilidade de infecção. Nessa avaliação inicial, costuma-se internar a gestante no hospital, impondo-lhe o repouso ao leito e a observação constante das condições dela e do bebê. Mede-se-lhe constantemente a temperatura; verifica-se periodicamente a contagem de glóbulos brancos (leucometria) — dois elementos que podem denunciar a presença de infecção, a qual pode provocar o parto prematuro. Talvez se providencie uma cultura de material cervical. Enquanto se espera o resultado, entra-se com antibióticos para evitar a propaga-

ção do processo infeccioso para o saco amniótico rompido. Se as contrações começarem e o feto não apresentar a necessária maturidade, pode-se tentar interromper o processo através de medicamentos. Enquanto mãe e bebê estiverem passando bem, essa conduta conservadora será mantida até que o bebê esteja maduro o suficiente para o parto. Mas se em algum momento mãe e bebê correrem perigo, o parto será efetuado prontamente. Dificilmente a ruptura se fecha como interrupção espontânea da perda de líquido amniótico. Quando isso acontece, porém, a mãe pode voltar para casa e retomar à sua rotina, atenta aos primeiros sinais de novo rompimento.

Os médicos, na maioria, tentam adiar o parto até a 33ª ou a 34ª semana. Em algum momento, alguns preferem induzir o trabalho de parto; outros continuam a protelá-lo até a 37ª semana. (Para decidir a conduta a tomar, alguns lançam mão da amniocentese para aferir a maturidade dos pulmões fetais.) Se a ruptura ocorrer depois de completadas 37 semanas, os médicos, na grande maioria, preferem induzir o parto, já que a essa altura o risco para o feto é insignificante, perto do risco de infecção que surge com uma demora já de 24 a 36 horas.

Com o devido atendimento, mãe e bebê passarão bem, embora, se o bebê for prematuro, uma longa permanência na unidade de tratamento intensivo neonatal e outros problemas possam complicar o quadro.

PROLAPSO DE CORDÃO

O que é. O cordão umbilical é o fio de vida que une o bebê ao útero. Ocasionalmente, quando se rompem as membranas, o cordão desliza, ou prolapsa, exteriorizando-se na cérvice ou mesmo no canal vaginal, arrastado pelo repentino escoamento de líquido amniótico. Torna-se assim vulnerável às compressões pela parte do bebê que se apresenta e que exerce pressão sobre a cérvice e o canal durante o parto. Se o cordão for comprimido, o aporte de oxigênio ao feto ora é reduzido, ora é eliminado. O prolapso é mais comum no trabalho de parto prematuro (porque a parte do bebê que se apresenta é muito pequena e não ocupa todo o estreito pélvico), ou então em outras apresentações que não a cefálica. A podálica, por exemplo, já que o pé, pequeno, dá espaço para o deslizamento do cordão. Também é mais comum quando as membranas se rompem antes de iniciado o trabalho de parto.

Sinais e sintomas. O prolapso pode chegar a se exteriorizar pela vagina ou pode ser apenas sentido como "tem alguma coisa ali". Se for comprimido, os sinais de sofrimento fetal serão evidenciados nos monitores e noutras provas que revelam o bem-estar fetal.

Tratamento. Em caso de suspeita ou de confirmação do prolapso, fique de quatro: apoiada nas mãos e nos joelhos para reduzir a pressão sobre o cordão. Se o cordão se exteriorizar, apóie-o com delicadeza (não o comprima ou o aperte) com gaze umedecida em água morna ou com uma toalha ou fralda limpa. Trate de ir imediatamente para o hospital.

No hospital, muitas vezes se infunde soro fisiológico na bexiga para distendê-la e amortecer o cordão; o cordão que se exterioriza pode ser empurrado novamente para dentro da cavidade uterina; talvez sejam empregados medicamentos para deter o trabalho de parto enquanto a gestante é preparada para a cesariana.

TROMBOSE VENOSA

O que é. Trata-se de um coágulo de sangue que se desenvolve numa veia. As mu-

lheres são mais suscetíveis ao problema durante a gravidez, no parto e sobretudo no puerpério. Isso acontece porque a natureza, preocupada com o excessivo sangramento ao parto, tende a aumentar a coagulabilidade do sangue — às vezes demais — e porque o útero aumentado dificulta o retorno do sangue dos membros inferiores para o coração. Surgem coágulos em veias superficiais (tromboflebite) em cerca de 1% a 2% de todas as gestações. A trombose venosa profunda, que sem tratamento pode causar embolia pulmonar com risco de vida para a paciente, é felizmente bem menos comum. Há mulheres que exibem maior risco: as que já tiveram antes o problema; as com mais de 30 anos; as multíparas; as que ficaram confinadas ao leito por longo período de tempo; as obesas, as anêmicas e as que têm varizes; ou as que foram submetidas a parto cirúrgico ou a parto com fórceps médio.

Sinais e sintomas. Na tromboflebite superficial costuma surgir uma área dolorosa e avermelhada, linear, a acompanhar o trajeto de alguma veia na superfície da coxa ou da barriga da perna. Na trombose venosa profunda, a perna pode mostrar-se pesada e dolorosa, podendo surgir dor à palpação da panturrilha (barriga da perna) ou da coxa, edema (leve ou acentuado), distensão das veias superficiais e dor na barriga da perna à flexão do pé (virando-se os dedos do pé em direção ao queixo). A ultra-sonografia e outros métodos permitem o diagnóstico do problema. Qualquer um desses sintomas, ou qualquer sintoma incomum na perna, febre ou mesmo taquicardia devem ser comunicados ao médico. Se o coágulo se deslocar até os pulmões (embolia) pode surgir dor torácica, tosse com eliminação de escarro espumoso, tingido de sangue, aumento do batimento cardíaco e da freqüência respiratória, arroxeamento dos lábios e da ponta dos dedos e febre. Esses sintomas requerem atenção médica imediata.

Tratamento. O melhor tratamento é a prevenção: quem é propensa a coágulos deve usar meias elásticas; deve evitar ficar sentada por mais de uma hora ou ficar sem caminhar ou espichar as pernas de vez em quando; exercite as pernas se estiver confinada na cama; e não durma ou se exercite deitada de costas. Feito o diagnóstico, o tratamento vai depender do tipo de coágulo. A trombose superficial é tratada com repouso ao leito, elevação das pernas, pomadas de uso local, calor úmido, meia elástica compressiva e, possivelmente, aspirina no pós-parto. Na trombose venosa profunda, costuma-se ministrar anticoagulante (em geral heparina), quase sempre por via intravenosa durante uma semana ou 10 dias. Passa-se depois para administração por via subcutânea até iniciar o trabalho de parto, ponto em que a droga é suspensa. Torna-se a ministrá-la durante algumas horas depois do parto e continua-se com o tratamento por algumas semanas. Na embolia pulmonar podem ser necessárias as drogas e a cirurgia, além do tratamento de quaisquer efeitos colaterais associados.

TRABALHO DE PARTO PREMATURO

O que é. Trata-se do trabalho que tem início depois de idade intra-uterina de viabilidade (em geral, 20 semanas) e antes da 37ª semana (quando então o bebê seria considerado a termo). São muitas as causas vinculadas ao trabalho de parto prematuro (ver p. 256), mas em alguns casos não são identificadas.

Sinais e sintomas. Cólicas semelhantes às menstruais, com ou sem diarréia, náusea ou indigestão; dor ou compressão lombar baixa; dor ou pressão na pelve,

nas coxas ou na virilha; corrimento aquoso avermelhado ou acastanhado, possivelmente precedido pela eliminação de tampão mucoso, espesso e gelatinoso; gotejamento ou escoamento contínuo de líquido amniótico pela vagina.

Tratamento. É importante a atenção médica imediata aos sintomas acima, já que às vezes o tratamento consegue interromper ou adiar o trabalho precoce. Cumpre lembrar que cada dia a mais que o bebê permanece na cavidade uterina aumenta-lhe a chance de sobrevida. Alguns médicos ministram corticóide durante a suspensão do trabalho de parto para acelerar a maturação dos pulmões fetais, embora não se saiba ao certo se essa conduta é eficaz. Só quando há risco de vida para a mãe ou para a criança é que se deixa de adiar o parto.

O adiamento ou a prevenção do trabalho de parto prematuro pode muitas vezes ser conseguido através da restrição da atividade sexual e de outras atividades físicas, do repouso na cama e, se necessário, da hospitalização. Em cerca da metade dos casos que se apresentam com fortes contrações mas sem sangramento e com feto único vivo, só o repouso em leito hospitalar, sem uso de medicamentos, detém o processo. Se as membranas também estiverem preservadas e a cérvice não se apagou nem se dilatou, 3 entre 4 gestantes conseguem chegar ao termo. Os agentes tocolíticos ajudam (drogas que relaxam o útero e que detêm as contrações). Quando suspeita-se ter sido o trabalho desencadeado por infecção, muitas vezes também se ministra antibiótico.

CONDIÇÕES QUE PODEM CAUSAR PREOCUPAÇÃO DURANTE O PARTO

INVERSÃO UTERINA

O que é. Em raras ocasiões, a placenta não se descola completamente depois do parto de um bebê, e quando emerge traz consigo o alto ou fundo do útero — efeito semelhante ao de colocar-se uma meia pelo avesso.

Sinais e sintomas. Entre os sintomas da inversão uterina estão a hemorragia excessiva e às vezes os sinais de choque materno. O médico, comprimindo o abdome para baixo, não conseguirá palpar o fundo uterino, e na inversão completa parte dele é observada na vagina. O risco é maior (embora seja sempre pequeno) para as que já tiveram muitos filhos ou em caso de trabalho de parto prolongado (mais de 24 horas); para as que têm a placenta implantada no fundo do útero ou noutras formas de implante anormal; e para as que recebem sulfato de magnésio durante o trabalho de parto. O útero pode também se inverter quando está muito relaxado ou quando o fundo não se mantém no lugar enquanto é removida a placenta no terceiro estágio do parto.

Tratamento. Na maioria dos casos o útero é reposicionado manualmente, embora às vezes se utilizem outras técnicas. Quando é grande a perda de sangue talvez seja necessário o uso de transfusão e de reposição de outros líquidos. Para facilitar o reposicionamento, por vezes se utiliza sulfato de magnésio ou outros medicamentos que relaxam ainda mais o útero, facilitando a manobra. Quando permanecem fragmentos da placenta

no interior do órgão, podem ser removidos antes ou depois do reposicionamento. Em raras ocasiões é necessária a intervenção cirúrgica para reposicioná-lo.

Depois de reposicionado, comprime-se o abdome para mantê-lo no lugar e ministra-se algum medicamento como a ocitocina, para prevenir a reinversão. Usam-se às vezes antibióticos para evitar infecções.

A mulher que já sofreu inversão uterina é mais propensa a outra. Por isso é preciso alertar o médico caso já tenha tido alguma no passado.

RUPTURA UTERINA

O que é. Em raras ocasiões o útero se rompe ou se lacera durante a gestação ou o trabalho de parto (em geral durante este). As cicatrizes na parede uterina são a principal causa da ruptura. Podem decorrer de prévio parto cirúrgico com a clássica incisão vertical; de correção de rompimento uterino pregresso; de cirurgia uterina (para corrigir anomalias de forma ou para a remoção de fibromas); e de prévia perfuração uterina. As contrações extremamente violentas (espontâneas ou induzidas) podem também levar ao rompimento; mas trata-se de fenômeno raro, sobretudo na primeira gestação, sem cicatriz predisponente. A ruptura é mais comum em mulheres que já tiveram cinco filhos ou mais, que possuem útero muito distendido (seja por fetos múltiplos ou por excesso de líquido amniótico), que tiveram antes trabalho de parto difícil, ou que experimentam dificuldade no parto atual (particularmente na apresentação córmica — de espádua — e no parto com fórceps médio). As anormalidades placentárias (deslocamento prematuro, acretismo placentário) e certos tipos de distócia de trajeto, além do trauma abdominal grave (por arma branca ou de fogo) podem aumentar o risco de ruptura uterina.

Sinais e sintomas. A ruptura não é complicação com a qual a gestante normal deva se preocupar. Entretanto, as mulheres em risco, como as que apresentam os fatores acima mencionados, devem conhecer os sinais de alerta: dor abdominal intensa, desmaio, hiperventilação (respiração profunda e rápida), batimento cardíaco acelerado, inquietude e agitação. Em vigência de qualquer um desses sintomas, que são mais acentuados quando a ruptura é da metade superior do útero, cumpre recorrer ao auxílio médico de emergência. O primeiro sinal de ruptura verdadeira costuma ser o surgimento de dor lancinante no abdome, acompanhada de uma sensação peculiar de que "alguma coisa está se rasgando". A esse quadro segue-se em geral um breve período de alívio para depois reaparecer a dor abdominal difusa, espontânea e à palpação. Salvo quando se rompe o segmento inferior do útero, as contrações em geral cessam. Pode ou não ocorrer sangramento vaginal. O feto é percebido mais facilmente no interior do abdome e pode exibir sinais de sofrimento.

Tratamento. O parto cirúrgico imediato é necessário, seguido da reparação uterina, quando possível. Se a lesão for extensa, pode haver necessidade de histerectomia. Às vezes a ruptura não é reconhecida até o surgimento de hemorragia depois do parto. Uma vez mais, o útero terá de ser reparado ou removido.

Depois do rompimento, a mãe é submetida a cuidadosa monitorização para identificação de complicações. Às vezes se usa antibiótico para prevenir infecções. Dependendo da situação, poderá sair da cama já nas primeiras seis horas ou então só depois de alguns dias.

DISTÓCIA DE OMBRO

O que é. Distócia quer dizer que o trabalho de parto não progride. Na distócia de ombro o trabalho se detém porque os ombros ficam presos no canal do parto depois da cabeça ter sido livrada.

Sinais e sintomas. O parto se detém depois da cabeça emergir, mas antes de serem desprendidos os ombros. Pode ocorrer inesperadamente em trabalho de parto que parecia evoluir normalmente.

Tratamento. Várias são as manobras para o caso, inclusive se pode lançar mão de uma grande episiotomia; pode-se também tentar rodar o bebê e desprender primeiro o ombro posterior; fletir os joelhos da parturiente até o abdome; comprimir moderadamente o alto do útero e da pelve; tentar várias outras manobras, inclusive fraturando a clavícula do bebê. Se possível (o que raramente é necessário) pode-se preferir fazer a cabeça do bebê voltar ao canal vaginal e realizar um parto cirúrgico.

SOFRIMENTO FETAL

O que é. O termo é usado para descrever a situação em que se acredita estar em risco o concepto, em geral por falta de oxigênio. O sofrimento pode ser causado por vários problemas, inclusive pela posição materna a exercer pressão sobre vários vasos sangüíneos; por enfermidades maternas (anemia, hipertensão, cardiopatia), por acentuada hipotensão arterial, ou por choque; por insuficiência placentária, degeneração da placenta ou seu descolamento prematuro; compressão do cordão; atividade uterina prolongada ou excessiva; infecção fetal, anomalias, hemorragia fetal ou mesmo anemia.

Sinais e sintomas. Os exatos sinais transmitidos pelo feto variam segundo a causa do sofrimento. A mãe pode perceber mudança do padrão do movimento fetal ou ausência de movimento. O médico poderá detectar alterações do batimento cardíaco típicas do problema com o sonar Doppler ou através de monitor fetal.

Tratamento. Ao ser confirmado o sofrimento fetal (ver p. 321), costuma estar indicado o parto imediato. Se o parto vaginal não for iminente, então realiza-se em geral a cesariana de emergência. Em alguns casos o médico prefere ressuscitar o bebê ainda dentro do útero antes de fazer a cesárea, para mitigar o risco de sofrimento por falta de oxigênio. A manobra é feita ministrando-se muitas vezes à mãe algum medicamento para desacelerar as contrações uterinas, o que vai permitir aumentar o aporte de oxigênio ao feto; dilatar o vasos sangüíneos

Primeiros Socorros para o Feto

No final da gravidez, a ausência de atividade fetal pode indicar problema (ver p. 337). Como a atividade vai diminuindo em geral antes do feto sucumbir, essa diminuição precisa ser notificada ao médico. Em geral, isso quer dizer que o feto apresenta menos de 10 movimentos em período de duas horas. Não encontrando o médico, recomenda-se que a gestante vá para o pronto-socorro local mais próximo ou para a maternidade. O atendimento imediato às vezes permite salvar a vida do bebê.

da mãe e aumentar-lhe a freqüência cardíaca também ajuda, pois são medidas que aumentam o fluxo de sangue.

LACERAÇÕES VAGINAIS E CERVICAIS

O que são. São lacerações na vagina ou no colo uterino de magnitude variável. Ocorrem esporadicamente durante o trabalho parturiente ou o parto.

Sinais e sintomas. O sintoma mais óbvio poderá ser o sangramento excessivo, embora o médico possa também identificá-las depois do parto.

Tratamento. Em geral, todas as lacerações com mais de 2 cm de diâmetro e que continuam a sangrar abundantemente são suturadas. Pode-se antes ministrar anestésico local, caso não tenha sido feito durante o parto.

HEMORRAGIA PÓS-PARTO

O que é. A hemorragia puerperal ou pós-parto de difícil estancamento é uma complicação grave mas incomum. Quando tratada de imediato, dificilmente cria risco de vida. Pode ocorrer quando o útero se encontra demasiadamente relaxado e não se contrai em virtude de trabalho de parto muito longo e exaustivo; quando ocorre tocotraumatismo (parto traumático); quando o útero se mostra muito distendido (por gravidez gemelar, feto muito grande, excesso de líquido amniótico); quando a placenta exibe forma peculiar ou quando ocorre descolamento prematuro; e também em caso de fibromas que impeçam a contração simétrica do órgão e em caso de grande debilitação materna por ocasião do parto (anemia, pré-eclâmpsia, fadiga extrema).

A hemorragia pode ocorrer imediatamente após o parto por causa de lacerações não tratadas no útero, na cérvice, na vagina ou em algum outro lugar da pelve ou ainda por causa de rompimento ou inversão uterina. Pode também ocorrer nas duas primeiras semanas de puerpério quando ficaram no útero fragmentos da placenta. As infecções também a causam, logo depois do parto ou algumas semanas depois. A hemorragia puerperal ocorre mais habitualmente em mulheres com placenta prévia ou com descolamento prematuro da placenta antes do parto. Em raras ocasiões a causa está em algum distúrbio hemorrágico materno até então não diagnosticado e de origem genética. Às vezes também é causada pelo uso de aspirina ou de outros medicamentos que interferem no sistema de coagulação.

Sinais e sintomas. Sangramento anormal depois do parto: o que satura mais do que um absorvente por hora, durante algumas horas ou que se mostra de cor vermelha acentuada em qualquer momento quatro dias depois do parto, sobretudo quando não cessa; odor fétido nos lóquios; grandes coágulos de sangue (do tamanho de um limão ou maiores); dor ou inchação da região abdominal inferior além dos primeiros dias depois do parto.

Tratamento. Dependendo da causa da hemorragia, o médico pode tentar alguns dos seguintes recursos para estancá-la: massagem uterina para estimular a contração do órgão; administração de medicamentos (ocitocina, ergometrina, prostaglandinas) também estimulantes da contração uterina; identificar e reparar as lacerações; remover os fragmentos de placenta retidos. Se a hemorragia não cessar prontamente, terá de tomar outras medidas: administração intravenosa de líquidos e, se necessário, hemotransfusão; se for problema de coagulação, terá de ministrar agentes que a promovam, além de antibióticos para

combater alguma infecção. Às vezes se faz necessário o tamponamento uterino com gaze durante 6 a 24 horas, ou então a ligadura da principal artéria uterina para controlá-la. Quando tudo malogra, torna-se necessária a remoção do útero.

Mas é boa a chance de êxito do tratamento e de rápida recuperação da mãe.

INFECÇÃO PUERPERAL

O que é. É uma infecção relacionada ao parto, rara em parturientes que recebem o devido atendimento obstétrico e que se submeteram ao parto vaginal sem complicações. Das várias infecções que nessa ocasião podem surgir, a mais comum é a endometrite, uma infecção do revestimento uterino, que se mostra vulnerável após o descolamento da placenta. É mais freqüente depois de parto cirúrgico que se seguiu a trabalho parturiente prolongado ou a ruptura precoce das membranas. Também é mais comum quando fica retido no útero algum fragmento placentário. Também é possível a infecção de ferida lacerada da cérvice, da vagina ou da vulva.

Sinais e sintomas. Variam de acordo com o foco de origem. Febre discreta, dor abdominal vaga e às vezes corrimento vaginal fétido são os elementos que caracterizam a infecção do endométrio. Em caso de infecção de alguma ferida lacerada, costuma ocorrer dor espontânea e à palpação do local; às vezes corrimento espesso e fétido; dor abdominal ou do lado do corpo; dificuldade à micção. Em certas infecções a febre chega a os 40°C e sobrevêm calafrios, dor de cabeça e mal-estar. Às vezes só se manifesta a febre. É sempre necessário informar o médico.

Tratamento. A antibioticoterapia é muito eficaz, mas deve ser iniciada rapidamente. Para determinar o agente etiológico pode haver necessidade de cultura (que permitirá a prescrição do antibiótico correto).

PARA ENFRENTAR A PERDA DA GRAVIDEZ

Morte intra-uterina. Quando você não sentir qualquer manifestação da presença do bebê na barriga por várias horas, é natural que receie pelo pior. E o pior é que o bebê tenha morrido antes de nascer. Felizmente, isso é muito raro. Mas quando acontece, pode ter um efeito devastador.

É possível que você se sinta afundar num mar de desesperança e de sofrimento depois de ouvir dizer que o batimento do bebê não está sendo mais ouvido e que morreu dentro do útero. Poderá ser difícil suportar a vida no seu dia-a-dia ao saber que o bebê dentro do útero não está mais vivo: as pesquisas mostram que é maior a depressão quando o parto de um natimorto é feito depois de três dias do diagnóstico da morte fetal. Por esse motivo, o seu estado psíquico será levado na devida conta pelo médico ao decidir o que fazer a seguir. Se o trabalho de parto for iminente, ou se já começou, o seu bebê natimorto provavelmente terá um parto normal. Se o trabalho de parto ainda não está para começar, o médico terá de optar entre a indução imediata ou não ou então mandá-la de volta para casa até que ele se inicie espontaneamente. Isso depende do tempo que ainda reste segundo a data prevista e de suas condições físicas e mentais.

O processo de luto provavelmente será semelhante ao de pais que perdem o

filho ao nascer ou depois dele (ver adiante), embora às vezes manter o feto e dar-lhe um enterro normal não seja possível.

Morte durante ou após o parto. Às vezes a morte do feto ocorre durante o trabalho de parto ou o parto, às vezes logo depois dele. Seja como for, o mundo da gestante desmorona. Você esperou pelo bebê durante quase nove meses. Nesse meio tempo, sonhou com ele, ouviu-o chutar e soluçar, ouviu-lhe o batimento cardíaco. Comprou o berço, preparou o quarto, e também os amigos, a família e toda a sua vida para recebê-lo — e agora volta para casa de mãos vazias.

Não há provavelmente sofrimento maior do que o causado pela perda de um filho pequeno. E embora nada possa aplacar a mágoa penosa, algumas coisas podem ser feitas para que você torne o seu futuro mais suportável e para atenuar a depressão inevitável que se segue a essa tragédia:

- Ver o bebê, segurá-lo e dar-lhe um nome. O luto é uma etapa vital para aceitar e recuperar-se da perda, mas não se pode chorar pela morte de uma criança sem nome que nunca se viu. Mesmo quando a criança nasceu com anomalia congênita, os especialistas afirmam que é melhor vê-lo do que não ver. O que se imagina é geralmente pior do que a realidade. Ao segurá-lo e dar-lhe um nome, você estará tornando a morte mais real para você. Acabará sendo mais fácil enfrentá-la. Também é importante enterrá-lo com o devido funeral: tem-se ali mais uma oportunidade de dizer adeus. Ao túmulo você poderá voltar sempre que quiser para visitá-lo no futuro.

- Convém discutir o resultado da necrópsia e outros pormenores com o médico para consolidar a realidade do que aconteceu e ajudar no processo de luto. É possível saber de muitos detalhes na sala de parto. Mas os medicamentos, o estado hormonal e o choque sentido podem impedir a pessoa de compreendê-los perfeitamente.

- Se possível, recuse a sedação nas primeiras horas depois de receber a notícia. Embora atenue o sofrimento por alguns momentos, a sedação tende a apagar as lembranças e a realidade do que aconteceu. O luto se torna mais difícil, além de privá-los, a você e a seu marido, de apoio mútuo.

- Se possível, guarde uma foto ou alguma outra lembrança, para que você tenha algo tangível para acalentar ao pensar no bebê no futuro. Por mais mórbido que pareça, os especialistas afirmam que ajuda. Procure concentrar-se nos atributos positivos — nos olhos grandes e nos longos cílios, nas lindas mãozinhas e nos dedinhos delicados, na cabecinha cheia de cabelos.

- Peça aos amigos e às amigas para não removerem todos os vestígios dos preparativos feitos em casa. Diga-lhes que você mesma os removerá. Por mais bem-intencionados que estejam: se ao chegar em casa estiver tudo como era antes, a tendência a negar o que aconteceu será maior.

- Chore — por quanto tempo lhe parecer necessário. O choro faz parte do luto. Se não chorar agora, o assunto ficará pendente e terá de ser resolvido mais tarde.

- Espere por dias difíceis. Você vai se sentir deprimida, vazia; vai sentir profunda tristeza; não vai conseguir dormir direito; vai brigar com o marido e negligenciar os outros filhos; poderá até imaginar que ouve o bebê chorando no meio da noite. Talvez sinta vontade de ser criança novamente, de

ser amada, acalentada, tratada com carinho. Tudo isso é normal.

- Admita que os pais também ficam de luto. Mas o luto poderá parecer mais breve ou menos intenso. Em parte porque, diversamente das mães, eles não carregaram um bebê dentro da barriga durante tantos meses. E muitas vezes têm uma maneira diferente de lidar com o sofrimento. Podem, por exemplo, tentar não mais falar no assunto, para se mostrarem fortes perante a esposa. Mas o sofrimento se manifesta de outras formas: mau humor, irresponsabilidade, perda de interesse pela vida — ou podem aderir ao álcool para se sentirem melhor. Infelizmente, o pai de luto pode não ajudar muito a esposa. Nem ela a ele. Talvez ambos precisem recorrer ao apoio noutro lugar.

- Não encare o mundo sozinha. Se está com receio de sair à rua para não ter de ficar dando explicações a perguntas como "Meu Deus, o que é que você tem?", peça a uma amiga para ir com você ao banco, ao supermercado. Uma que possa dar as explicações no seu lugar. Avise antecipadamente os colegas de trabalho e os outros conhecidos e amigos, para que não tenha que ficar dando explicações difíceis.

- É bem possível que algumas amigas e alguns familiares não saibam como reagir e se afastem por algum tempo. Outros, tentando ajudar, poderão fazer afirmações insensatas como "Puxa, eu sei exatamente como você está se sentindo". Ou então: "Ora, você logo logo vai poder ter outro filho." Ou ainda: "Foi bom o bebê ter morrido antes que você se apegasse a ele." Não entendem que só quem já perdeu um bebê conseguirá compreender a situação, ou que os pais se apegam aos filhos muito antes de nascerem, às vezes antes da concepção. Se tais comentários forem freqüentes, peça a alguém para dizer às pessoas que você só gostaria de ouvi-los dizer que sentem muito.

- O seu sofrimento se atenuará com o passar do tempo. Os dias difíceis serão entremeados de dias mais alegres; até que esses serão mais freqüentes que os primeiros. Mas prepare-se: o sofrimento poderá nunca passar de todo. O processo de luto, com os seus pesadelos, com as lembranças tristes, muitas vezes só se completa ao término de dois anos. O pior período é o dos três ou seis primeiros meses que se seguem à perda. Se depois de seis a nove meses o luto continuar a ser o centro de seu universo, se você perdeu o interesse por tudo o mais e não consegue viver normalmente, procure ajuda. Procure-a também se desde o início você não vivenciou luto algum.

- Procure apoio. Como muitos outros pais, vocês podem ganhar forças se freqüentarem algum grupo de mútua ajuda (pais que perderam bebês). Mas evite que tal grupo prolongue a sua mágoa ou o estado de luto. Se depois de um ano a perda ainda se faz sentir com muito pesar (ou mesmo antes, se você não conseguir levar vida normal), procure psicoterapia individual.

- Não abuse dos tranqüilizantes e dos sedativos. Embora pareçam ajudar a princípio, podem interferir no processo de luto — e também podem causar dependência.

- Recorra à religião se lhe parecer reconfortante. Alguns pais se sentem muito magoados com Deus para tomar essa atitude, mas para muitos outros a fé é grande fonte de alívio.

Retardo do Crescimento Fetal na Gravidez Gemelar

Os gêmeos, os trigêmeos e os quadrigêmeos são mais propensos ao retardo do crescimento fetal, sobretudo no terceiro trimestre. O que, vale reparar, não é de causar surpresa. Por isso mesmo, é conduta comum na gravidez gemelar o acompanhamento ultra-sonográfico freqüente a partir da 20ª semana. Quando se constata o mau desenvolvimento de um dos conceptos, torna-se necessária a supervisão intra-hospitalar. O parto será feito tão logo se complete a maturidade fetal de um dos dois (ou do maior) ou quando há risco para o menor continuar na cavidade uterina. Felizmente, são circunstâncias incomuns.*

A natureza muitas vezes provê tais situações por conta própria. Acredita-se que o número de gestações gemelares seja mais comum do que se pensa; mas não que cheguem a termo. No início dessas gestações em geral morre um (a gestante nem sempre é capaz de suprir as necessidades de tantos), muitas vezes sem deixar vestígio de que chegou a existir. Às vezes, porém, os fetos múltiplos continuam a lutar pela vida, todos sofrendo e tornando impossível a sobrevivência de qualquer um. Assim, como até então a Mãe Natureza não tomou as devidas providências, cabe à ciência médica tomar a frente e tentar salvar pelo menos um dos dois.

Em geral é impossível saber se algum deles não está passando bem. Mas o obstetra, através do ultra-som e de outros recursos mais sofisticados, poderá avaliar a condição dos bebês.

Quando se descobre que não estão passando bem, e que é muito cedo para o parto, a solução obstétrica em países em que é permitido o aborto costuma ser a da remoção de um deles ou mais (a do que estiver em pior situação) para que o restante tenha condições de sobreviver. Esse procedimento também é recomendado quando um deles apresenta séria anomalia congênita (como falta de parte do encéfalo, por exemplo).

Alguns médicos só recomendam essa redução da gravidez para situações em que há mais de quatro fetos; outros adotam a conduta em caso de trigêmeos, quando parece ser a mais apropriada. Alguns pesquisadores sugerem que como até o fim do primeiro trimestre a natureza poderá ainda reduzir o número de fetos, a melhor ocasião para considerar essa conduta é por essa época.

Se a redução da gravidez é recomendada, os pais nesses casos terão de tomar a difícil decisão de deixar o médico agir. Nos países em que essa é conduta já instituída, recomenda-se que tomem a decisão só depois de ouvir uma segunda opinião para terem certeza da acuidade diagnóstica. Discutirão então o risco da perda de todos os conceptos em decorrência do procedimento: quanto maior a experiência do cirurgião e maior o êxito, menor o risco envolvido.

Por fim, se a religião desempenhar papel importante na vida do casal, boa idéia será obter a opinião médica e também espiritual. Cria-se assim a possibilidade de ser necessário conversar com um especialista em deontologia médica (ética médica), com um geneticista ou conselheiro genético, com médico especializado em medicina materno-fetal e também com o obstetra, evidentemente. Nessas discussões, vão perceber que muitos especialistas (inclusive certos teólogos católicos) acreditam ser preferível tentar salvar um dos fetos a deixar todos morrerem. (Por outro lado, muitos questionam a simples redução que poderia ser feita por mera conveniência — não há espaço em casa por exemplo para quatro berços.) Ler "Quando se Descobre Alguma Anomalia Congênita", p. 395 e "Para Enfrentar a Perda da Gravidez" (p. 411).

Depois que o casal toma a decisão, terá de aceitar que foi a mais acertada. Se a conduta não der certo, não deverão culpar a si mesmos.

*Em caso de gravidez gemelar é importante seguir uma dieta equilibrada, como a Dieta Ideal, rigorosamente, com os adendos nos recomendados à p. 189. A dieta ajuda no crescimento dos bebês.

- Não engravide antes de completar o processo de luto. Só engravide se for a vontade de vocês dois — esperando o momento oportuno recomendado pelo médico (e sem achar que a gravidez vai resolver o problema do luto). Mas não engravide só para sentir-se melhor, para atenuar a culpa ou o rancor ou para se tranqüilizar. Não adianta e pode até criar uma grande sobrecarga emocional ante a expectativa da nova chegada. Qualquer decisão sobre a fertilidade futura — seja a de ter outro filho, seja a de ligar as trompas, por exemplo — deve ser adiada até que a mágoa maior tenha passado.

- Reconheça que a culpa pode complicar o luto e dificultar a adaptação à

Perda de um Gêmeo

O casal que perde um gêmeo (ou mais de um, em caso de prenhez tripla, quádrupla etc.) terá de comemorar o nascimento de um e lamentar a perda do outro ao mesmo tempo. Se for esse o seu caso, talvez se sinta muito deprimida para lamentar a perda do que morreu e desfrutar do que sobreviveu — já que são dois processos vitalmente importantes. Caracteristicamente, a mãe pensa: "Eu deveria estar feliz por ter tido um filho, mas estou aborrecida e não consigo tomar conta dele direito." É preciso entender os motivos desse sentimento para que você possa se sentir melhor:

- Você perdeu o estímulo e o prestígio por ser mãe (e pai) de gêmeos, uma fantasia que cresceu muito desde que a gravidez gemelar foi diagnosticada. Mesmo que não soubesse antecipadamente da sua existência, sente-se trapaceada. Mas não se sinta culpada: o desapontamento é normal. Lamente essa perda e a perda do bebê.

- Você se sentirá embaraçada ao ter de explicar à família e aos amigos que só teve um filho, quando todos estavam ansiosos e na mesma expectativa que você pelos gêmeos. Para aliviar a carga, peça a uma amiga ou parente para ir dando a notícia. Ao sair pela primeira vez com o bebê, peça a alguém para sair com você e que vá dando as explicações necessárias.

- Você poderá sentir-se inferiorizada como mulher ou como mãe por ter perdido um dos bebês, sobretudo quando foram concebidos *in vitro* ou por transferência de gametas na trompa de Falópio. Naturalmente, nada do que aconteceu tem a ver com o seu valor como mãe ou como mulher.

- Você talvez se sinta como se estivesse sendo punida — seja por achar que não conseguiu cuidar de duas crianças, seja porque queria mais um menino do que uma menina (ou vice-versa), ou então porque na verdade não queria gêmeos. Embora seja um sentimento de culpa comum em pais que perdem a gravidez, não se justifica de forma alguma.

- Talvez você se preocupe com o fato de que se lembrará em todos os aniversários do que sobreviveu, ou no seu primeiro "mamã", da criança que perdeu e do que poderia ter sido feito. Pois é verdade que isso poderá ocorrer. Nessas ocasiões convém partilhar esses sentimentos com o marido, e não suprimi-los.

- Talvez você ache que o bebê sobrevivente, ao crescer, seja atormentado pela perda. Embora alguns gêmeos que sobrevivem pareçam sentir que esteja faltando alguém ou pareçam mais solitários que as outras

perda. Se você achar que a perda do filho foi um castigo por ter mostrado sentimentos ambivalentes perante a gravidez, ou por falta de atributos para a maternidade, busque auxílio profissional. É preciso entender que tais sentimentos não são os responsáveis pela perda. Procure ajuda também se você antes duvidava de sua feminilidade e agora teve as suspeitas confirmadas (você não conseguiu gerar um bebê vivo) ou se achar que fracassou e estragou sua família e suas amigas. Se você sentir culpa só em pensar em retornar à vida normal porque estaria sendo desleal para com o bebê morto, talvez ajude pedir a ele, espiritualmente, que a perdoe e que lhe permita voltar a desfrutar a vida.

crianças, não deverá sofrer pela perda a menos que você insista no assunto. Com muito amor e muita atenção, você terá certeza de criar um filho seguro e feliz.

- Ao tentar ajudar, os amigos e a família poderão exagerar ao darem as boas-vindas ao filho vivo, mantendo um silêncio educado a respeito do outro que morreu. Ou talvez lhe digam para valorizar o que está vivo e esquecer o que perdeu. Essas atitudes insensíveis talvez a magoem e lhe causem rancor. Deixe as pessoas saberem que você precisa lamentar a morte de um e comemorar a vida do outro.

- Não lhe permitiram ou talvez você não se tenha permitido vivenciar o luto. Mas será preciso para resolver de uma vez por todas a perda. Siga nossos conselhos à p. 411, para que aceite mais facilmente a morte do bebê como realidade.

- Você acredita que desfrutar da alegria com o bebê sobrevivente talvez seja desleal para com o que morreu. Embora seja um pensamento natural, não lhe dê importância. Ao amar o irmãozinho que morreu e que o acompanhou no útero durante tantos meses, você estará honrando a criança perdida, coisa que certamente ela aprovaria. Por outro lado, idealizar o que morreu e comparar o que sobreviveu com essa imagem idealizada pode ter efeitos destrutivos. Se você não se sentir bem em relação ao batismo ou a alguma outra cerimônia de boas-vindas ao que está vivo, faça alguma outra de adeus ao que morreu, antes ou ao mesmo tempo.

- Você agora vivencia a depressão do pós-parto. É normal, com ou sem a perda de um filho, pois o caos hormonal nesse momento torna tudo mais difícil de suportar, causa mais conflito interior. Consulte a p. 446 para algumas dicas que a ajudarão a enfrentar a depressão puerperal.

- Você receia que a perda vivida e que a consequente depressão prejudiquem o relacionamento com o marido. É algo muito improvável se vocês dois compartilharem os sentimentos, sejam positivos, sejam negativos. Uma pesquisa revelou que 90% dos pais que vivenciaram essa experiência descobriram que o seu casamento foi fortalecido pela ajuda mútua que deram um ao outro durante o período de luto.

- Você receia que os sentimentos ambivalentes prejudiquem os cuidados com o bebê. Lembre-se de que não há razão para sentir culpa por sentimentos que são completamente normais.

Dê um tempo para você mesma. É bem provável que logo você venha a sentir-se melhor e se você se permitir conseguirá desfrutar de todas as alegrias com o novo bebê.

Por Quê?

A questão filosófica "Por quê?" talvez nunca venha a ser respondida.* Mas costuma ser de grande utilidade aos pais enlutados colocarem a tragédia ocorrida dentro de uma perspectiva de realidade procurando entender as causas físicas da morte do feto ou do recém-nascido. Muitas vezes o bebê parece perfeitamente normal e a única maneira de descobrir a causa da morte é através do exame cuidadoso da história gestacional e de um exame completo do concepto. Se o feto morreu no útero ou se foi natimorto, também é importante o exame histopatológico da placenta por patologista. A princípio poderá parecer que o conhecimento da causa torne a aceitação da perda mais fácil, mas ao decurso do tempo você verá que sim. Saber o que aconteceu não responde à pergunta antes formulada: por que aconteceu a você e a seu bebê? Mas encerra o caso e ajuda a você se preparar para uma gestação futura.

Naturalmente às vezes é impossível determinar o que saiu errado, caso em que o casal enlutado terá de aceitar o fato à luz da própria filosofia pessoal. Talvez ambos aceitam como o resultado da vontade de Deus ou como um evento aleatório sobre o qual os seres humanos não têm controle. Em qualquer caso, a perda do bebê nunca deve ser vista como punição ou castigo.

---

*As autoras recomendam sobre esse tema o livro de Harold S. Kushner: *Why Bad Things Happen to Good People*.

Parte 4

ENFIM O PUERPÉRIO:

O Pai e o Próximo Bebê

16

O Puerpério: A Primeira Semana

Os Sintomas

Durante a primeira semana de puerpério, dependendo do tipo de parto (fácil ou difícil, vaginal ou cesáreo) e de outros fatores, talvez você experimente todos os seguintes sintomas ou só alguns deles:

Físicos:

- Corrimento vaginal sanguíneo (lóquios) que se torna acastanhado ao fim da primeira semana
- Dores abdominais pós-parto, com as contrações do útero
- Exaustão
- Desconforto perineal, dores ou dormências perineais, em caso de parto vaginal, especialmente se houver sutura (as dores se agravam com o espirro e a tosse)
- Dor na incisão e, depois, dormência na região, em caso de cesariana (especialmente se for a primeira)
- Desconforto ao sentar e ao andar em caso de episiotomia, de laceração ou de cesariana
- Dificuldade de urinar durante um dia ou dois; dificuldade e mal-estar ao evacuar nos primeiros dias; constipação
- Dores generalizadas, sobretudo se a expulsão foi difícil
- Olhos injetados; manchas roxas ao redor dos olhos, bochechas e outros lugares em virtude de expulsão vigorosa
- Sudorese, possivelmente profusa, depois dos primeiros dias
- Desconforto mamário e ingurgitamento dos seios por volta do terceiro ou quarto dia de pós-parto
- Mamilos inflamados ou com fissuras, em caso de aleitamento ao seio

Emocionais:

- Alegria, depressão, oscilação entre os dois estados

- Insegurança e apreensão a respeito do papel de mãe, sobretudo se você estiver amamentando
- Frustração, para quem ainda estiver no hospital e gostaria de voltar para casa
- Pouco interesse em sexo ou, menos habitualmente, aumento do desejo (as relações só serão permitidas depois de pelo menos quatro semanas de puerpério)

As Preocupações Comuns

SANGRAMENTO

"Disseram-me para esperar por um corrimento com sangue depois do parto, mas quando me levantei da cama pela primeira vez e vi sangue escorrendo pelas minhas pernas, fiquei realmente assustada."

Não se assuste. Essa secreção de sangue, muco e de tecidos do seu útero, conhecida como lóquios, é normalmente tão intensa ou mais intensa do que um período menstrual. E embora pareça mais copiosa do que realmente é, poderá completar o volume de duas xícaras antes de começar a ceder. Um jorro repentino ao se levantar da cama nos primeiros dias é comum, e não é causa de preocupação. E como os lóquios têm por ingrediente principal o sangue e talvez um ou outro coágulo, durante esse período, o corrimento será bem avermelhado durante dois ou três dias, para depois gradualmente tornar-se aquoso e rosado, então acastanhado e por fim branco-amarelado pelas próximas duas semanas, mais ou menos. Devem ser usados absorventes higiênicos para absorção do fluxo que poderá continuar mais ou menos intenso durante umas seis semanas.

A amamentação e a administração intravenosa ou intramuscular de ocitocina (rotineiramente prescrita por alguns médicos depois do parto) podem reduzir o fluxo dos lóquios pela estimulação da contração uterina e pelo auxílio ao útero para retornar ao tamanho normal mais depressa. A contração do útero depois do parto é importante porque pinça vasos sanguíneos expostos no local em que a placenta se separou da parede uterina, prevenindo portanto a hemorragia. Se o útero estiver muito relaxado e não se contrair, ocorre sangramento excessivo. Se, enquanto você estiver no hospital, perceber qualquer sinal de hemorragia puerperal arrolado à p. 429 (alguns dos quais podem também indicar infecção), notifique a enfermeira imediatamente. Se qualquer desses sinais ocorrer quando já estiver em casa, chame o médico; se não encontrá-lo, vá para um serviço de emergência (no hospital em que foi feito o parto, se possível) imediatamente. Para saber como se trata a hemorragia no pós-parto, consultar p. 410.

SUA CONDIÇÃO NO PUERPÉRIO

"Pareço e me sinto como se tivesse estado num ringue de boxe e não numa sala de parto. Como pode?"

Você provavelmente lutou mais para ter o filho do que muitos lutadores de boxe num ringue. Assim, não surpreende que, graças às contrações vigo-

roras e aos extenuantes esforços expulsivos, você pareça e se sinta como se tivesse lutado vários *rounds*. Muitas mulheres ficam assim, sobretudo depois de um trabalho de parto prolongado e difícil. Não são incomuns no puerpério:

- Olhos roxos ou negros ou com manchas de sangue (os óculos escuros os cobrirão em público até retornarem ao normal; compressas frias durante 10 minutos, várias vezes por dia, ajudam no processo).
- Manchas roxas, desde pequenos pontos na bochecha até hematomas maiores, ou então manchas negras ou azuladas no rosto e na região superior do tórax.
- Dor no local das incisões (episiotomia ou cesariana) ou de suturas de reparação.
- Dor pélvica em decorrência do estiramento (ver p. 326).
- Dificuldade em respirar profundamente por causa do esforço excessivo dos músculos torácicos durante os esforços expulsivos (banhos quentes, duchas ou calor local podem mitigar o desconforto).
- Dor espontânea e ao palpar na região do cóccix, seja por lesão dos músculos do assoalho pélvico, seja por fratura desse osso (calor e massagem ajudam).
- Dolorimento generalizado (mais uma vez, o aquecimento pode ajudar).

Embora no período pós-parto seja normal sentir-se como se tivesse levado uma surra, é bom informar, sem demora, ao médico ou à enfermeira, caso perceba algum dos sintomas acima ou qualquer outro que lhe pareça incomum.

AS DORES DO PUERPÉRIO

"Venho sentindo cólicas no abdome, principalmente quando amamento."

Provavelmente são as "dores do puerpério". Acredita-se serem causadas pelas contrações do útero que retorna à sua posição pélvica normal depois do parto. As contrações costumam ser mais percebidas ou mais intensas em mulheres com musculatura uterina flácida (com falta de tônus), seja em virtude de partos anteriores, seja em virtude de estiramento excessivo (gestação gemelar).

Podem ser mais pronunciadas durante a amamentação, quando é liberada ocitocina, o hormônio estimulador das contrações. A analgesia branda pode ser prescrita quando necessário, embora as dores cedam normalmente no prazo de quatro a sete dias. Quando os analgésicos não as aliviam, ou quando elas persistem por mais de uma semana, convém consultar o médico para exclusão de outros problemas do puerpério, inclusive infecção.

DOR NA REGIÃO PERINEAL

"Não fiz episiotomia e nem sofri qualquer trauma. Por que sinto tanta dor?"

Não se deve esperar que uma criança de 3 quilos atravesse o canal do parto sem ser percebida. Mesmo quando o períneo tiver ficado preservado durante o parto, terá sofrido alguma distensão, alguma escoriação, alguma forma de traumatismo; e o desconforto local, leve ou um pouco intenso, é resultado muito normal.

"Minha episiotomia dói tanto que receio que os pontos estejam infectados. Como saber?"

A inflamação perineal experimentada por todas as gestantes que têm parto vaginal pode se complicar em virtude de lesão perineal, espontânea ou cirúrgica. Como toda ferida reparada, a episiotomia ou a laceração levam tempo para cicatrizar — em geral de 7 a 10 dias. Dor durante esse período, salvo quando muito pronunciada, não significa que se tenha desenvolvido uma infecção.

A infecção é possível, mas muito improvável quando se teve o devido atendimento obstétrico. Durante a permanência hospitalar, uma enfermeira verificará diariamente o períneo para certificar-se de que não há processo inflamatório ou infeccioso. E a instruirá para a correta higiene perineal nessa fase, que é importante na prevenção das infecções, não só do local da episiotomia, mas também do trato genital (febre puerperal). Por esse motivo, as mesmas precauções se aplicam a todas as gestantes, tenham ou não sido submetidas à episiotomia. Eis um plano de higiene perineal a ser seguido durante 10 dias:

- Trocar os absorventes a intervalos de no mínimo quatro ou seis horas. Evitar esfregar a região durante a troca.
- Removê-los da frente para trás, evitando trazer germes do reto para a vagina.
- Esguichar ou derramar água morna (ou solução anti-séptica, quando recomendada pelo médico) no períneo depois de urinar ou defecar. Enxugar, sem esfregar, com coxins de gaze, ou outro material propício, sempre da frente para trás.
- Não colocar as mãos na área até que se complete a cicatrização.

Embora o desconforto provavelmente venha a ser mais acentuado em caso de episiotomia (com prurido em volta dos pontos, além da inflamação), as sugestões para dar mais alívio são sempre bem recebidas por todas as novas mamães:

- Banhos de assento com água morna, compressas quentes, uso de calor local (com lâmpada).[1]
- Aplicar no local compressa de gaze embebida em loção de hamamélis fria ou luva cirúrgica cheia de gelo picado.
- Usar anestésico local, sob a forma de *spray*, creme ou pomada; os analgésicos brandos podem ser prescritos pelo médico.
- Deitar de lado; evitar ficar muito tempo sentada ou de pé, para não forçar os tecidos da região. Sentar em travesseiro ou em almofada, retesando as nádegas antes de sentar.
- Fazer os exercícios de Kegel (ver p. 225) com a maior freqüência possível depois do parto, por todo o puerpério, para estimular a circulação local, que promoverá a cicatrização e melhorará o tônus muscular. (Não se assustar se não sentir nada no local ao fazê-los; depois do parto, a região fica dormente, meio insensível. A sensibilidade perineal retornará gradualmente nas semanas seguintes.)

DIFICULDADE EM URINAR

"Já faz horas que meu filho nasceu e ainda não consegui urinar."

A dificuldade em urinar nas primeiras 24 horas do parto é comum. Algumas mulheres não sentem qualquer ne-

[1] Usar lâmpada térmica só sob supervisão no hospital, ou em casa, com as devidas instruções do médico para evitar queimaduras.

cessidade; outras a sentem com premência, mas não conseguem. Ainda outras conseguem, mas sentindo dor e queimação. Há muitas causas para a disfunção vesical depois do parto:

- Cresce a capacidade de distensão da bexiga: repentinamente há mais espaço para expandir-se — por isso, a necessidade de urinar pode passar a ser menos frequente.

- A bexiga pode ter sofrido algum traumatismo durante o parto em decorrência da compressão exercida pelo feto, paralisando-se temporariamente. Mesmo cheia, ela poderá não enviar os sinais necessários que denunciem a premência de urinar.

- Os medicamentos e a anestesia podem diminuir a sensibilidade da bexiga ou a percepção materna dos sinais desta enviados aos centros nervosos.

- A dor na região perineal pode causar contração espasmódica reflexa da uretra, tornando a micção difícil. O edema (inchação) perineal pode também interferir na micção.

- Uma série de fatores psicológicos pode inibir a micção — medo de urinar e sentir dor, falta de privacidade, constrangimento (ou desconforto) em usar a comadre ou necessidade de ajuda para ir ao banheiro.

- A sensibilidade no local da episiotomia ou da reparação da ferida lacerada pode causar queimação ou dor ao urinar. (A queimação pode ser um pouco aliviada quando se urina de pé e com as pernas abertas, de sorte a verticalizar o jato, sem tocar nos pontos doloridos.)

Dada a dificuldade da micção depois do parto, é essencial que se esvazie a bexiga no prazo de seis a oito horas — para evitar infecção urinária, perda do tônus da musculatura vesical por distensão excessiva e hemorragia em virtude de a bexiga dificultar a oportuna descida do útero. A enfermeira então costuma perguntar com freqüência se a parturiente já urinou. Talvez lhe peça para urinar em coletor, para determinação da diurese (volume produzido de urina numa unidade de tempo) e talvez palpe a bexiga para ver se não está distendida.

Se a parturiente não tiver urinado no prazo aproximado de oito horas, o médico poderá cateterizar a bexiga (inserção de cateter vesical pela uretra) para permitir-lhe o esvaziamento. A micção é favorecida pelos seguintes fatores:

- Caminhar. Levantar da cama e dar uma breve caminhada logo depois do parto, desde que permitido, ajuda na ativação vesical (e intestinal).

- Se houver constrangimento perante a audiência, peça à enfermeira para aguardar do lado de fora do banheiro enquanto urina. Ela retornará em seguida para lhe mostrar como se faz a higiene perineal.

- Se a parturiente estiver muito debilitada para ir ao banheiro e tiver de usar comadre, deverá exigir privacidade; se a comadre for de metal, certifique-se de que a enfermeira a aqueça, se possível, e lhe traga água quente para a higiene perineal (capaz de estimular a micção); sente-se na comadre, em vez de ficar deitada sobre ela.

- Aquecer a região com um banho de assento ou resfriá-la com compressas de gelo, o que for capaz de induzir a micção na parturiente.

- Abra a torneira ao tentar urinar. A água correndo na pia ajuda a estimular a sua própria torneirinha.

Depois de 24 horas, o probleminha insignificante já se terá tornado um problemão. A mulher no puerpério começa urinando com freqüência à medida que são eliminados os líquidos gestacionais acumulados. Se ainda for difícil urinar, ou se a diurese é pequena (pequeno volume urinário num determinado período de tempo) pelos dias que se seguem, surge a possibilidade de infecção urinária. Entre os sintomas da cistite simples (infecção da bexiga) estão: dor e/ou queimação ao urinar que persiste mesmo depois de reduzida a sensibilidade no local de episiotomia ou de sutura; micção freqüente e premência para urinar (com pequena eliminação de urina); e, às vezes, febre baixa. Já os sintomas de infecção renal são mais pronunciados: febre alta e dor nas costas, de um ou de ambos os lados — além, em geral, dos já mencionados sintomas da cistite. O médico deve dar início ao tratamento com antibiótico específico para o agente infeccioso, caso se confirme a infecção. A recuperação é auxiliada quando se bebe líquido em abundância. (Ver também p. 362.)

EVACUAÇÃO

"O parto foi há uma semana e ainda não fui ao banheiro. Embora sinta vontade, tenho medo de fazer força por causa da minha episiotomia."

A primeira evacuação depois do parto é um acontecimento importante no pós-parto imediato. Pode ser precedida por dias de cada vez mais acentuado mal-estar físico e emocional.

Vários fatores psicológicos podem interferir com o retorno ao funcionamento intestinal normal nesse período. Em primeiro lugar, os músculos abdominais que ajudam na eliminação foram distendidos durante o parto, mostrando-se flácidos e ineficientes. Em segundo lugar, o próprio intestino talvez tenha sofrido algum traumatismo durante o parto, tendo ficado preguiçoso. Ademais, pode ter sido esvaziado antes ou durante o parto, estando ainda vazio em decorrência de nenhuma ingestão de alimentos sólidos durante o trabalho de parto.

Talvez porém os fatores que mais inibam a atividade intestinal no início do puerpério sejam os psicológicos: o medo infundado de rompimento dos pontos; o constrangimento natural com a falta de privacidade no hospital; e a exigência de ter de evacuar, que só torna a evacuação ainda mais custosa.

Embora o retorno à normalidade em geral transcorra sem maiores esforços, não é preciso sofrer indefinidamente. Várias medidas ajudam a resolver o problema:

Não se preocupar. Não há maior inibição ao livre trânsito intestinal do que a preocupação em evacuar. Não se preocupe com os pontos — eles não vão se romper. E não se preocupe se levar alguns dias para conseguir; isso é normal também.

Dieta com resíduos. Dê preferência aos grãos e às frutas frescas, aos legumes e verduras, sempre existentes no cardápio do hospital. Complemente a dieta hospitalar, que para muitas é constipante, com alimentos que estimulem a atividade intestinal trazidos de fora. Maçãs, passas e outras frutas secas, nozes, alguns tipos de biscoitos, caixas de cereal ajudam bastante. O chocolate — presente tão comum a quem está internado — só agrava a constipação.

Líquidos em abundância. Não só é preciso compensar a perda de líquidos durante o trabalho de parto e o parto como é necessário ingeri-los em maior abundância — mormente água e suco de frutas — para ajudar a amolecer a matéria fecal em caso de constipação.

Exercitar-se. A parturiente não vai correr a maratona no primeiro dia depois do parto, mas poderá dar breves passeios pelos corredores do hospital. A inatividade do corpo fomenta a inatividade intestinal. Os exercícios de Kegel, que podem ser praticados na cama quase que imediatamente após o parto, ajudam a tonificar não só o períneo mas também o reto.

Não faça esforço exagerado para evacuar. O esforço à evacuação não vai romper os pontos, mas é capaz de causar hemorróidas. Quem tem hemorróidas talvez encontre alívio em banhos de assento, no uso de anestésico tópico, no uso de supositórios, nas compressas quentes ou frias.

As primeiras evacuações podem transcorrer com grande incômodo. Mas assim que as fezes amolecerem e a atividade se tornar mais regular, o desconforto diminuirá e por fim cessará.

TRANSPIRAÇÃO EXCESSIVA

"Tenho me levantado à noite ensopada de suor. É normal?"

O que o médico provavelmente chama de diaforese (mas cuja designação mais comum é perspiração ou sudorese) é uma das maneiras que o corpo tem de livrar-se dos líquidos acumulados durante a gestação, na semana que segue ao parto. Não raro, a transpiração persiste problematicamente por algumas semanas, em virtude de ajustes hormonais puerperais. Não se preocupe; certifique-se apenas da devida reposição de líquidos — sobretudo durante o aleitamento —, bebendo-os em abundância. Para melhorar o conforto de quem transpira mais durante a noite, recomenda-se recobrir o travesseiro com uma toalha absorvente.

Como precaução, convém verificar a temperatura, notificando o médico quando acima de 37,5°C.

LEITE EM QUANTIDADE SUFICIENTE

"Tive meu filho há dois dias, mas não sai leite algum dos meus seios quando os aperto, nem mesmo colostro. Fico pensando se o bebê não vai morrer à míngua."

Não só o bebê não irá morrer à míngua, mas talvez ele não esteja ainda com fome. Os bebês não nascem com apetite, nem com necessidades nutricionais imediatas. E quando começar a ficar com fome, ansioso por um seio cheio de leite (no terceiro ou quarto dia de pós-parto), sem dúvida a mãe será capaz de amamentá-lo.

O que não significa que os seios estejam vazios por enquanto. O colostro (que provê o bebê de nutrientes em quantidade suficiente por agora e de importantes anticorpos que seu corpinho ainda não sabe produzir, enquanto ao mesmo tempo ajuda a esvaziar-lhe o sistema digestivo do excesso de muco e do mecônio intestinal) está definitivamente presente na diminuta quantidade necessária. (A essa altura, o bebê só necessita, mais ou menos, de uma colher de chá de colostro.) Mas até o terceiro ou quarto dia de pós-parto, quando as mamas começam a intumescer e a se encher, não será muito fácil retirar-lhes o leite manualmente. Mesmo o bebê com um dia de vida, sem experiência prévia, está mais capacitado a extrair este pré-leite do que a mãe.

INGURGITAMENTO MAMÁRIO

"Veio enfim o leite, e os meus seios ficaram de tamanho três vezes maior que o normal — e tão duros, tão ingurgitados, tão dolorosos que não suporto nem colocar sutiã. É assim que vou ficar até o desmame do bebê?"

Se seios muito dolorosos, duros que nem pedra e do tamanho dos de uma dançarina exótica fossem o que as mamães haveriam de esperar durante todo o aleitamento, os bebês, na grande maioria, seriam desmamados antes de entrarem na segunda semana de vida. O ingurgitamento, causado pela chegada do leite, pode tornar a amamentação uma agonia para a mãe, e, se os mamilos se encontram achatados pelo aumento de volume, pode ser frustrante para o bebê. A condição pode ser agravada quando a amamentação só começa 24-36 horas depois do nascimento, uma rotina em alguns hospitais.

Felizmente, o ingurgitamento e seus efeitos penosos diminuem gradualmente, desde que se estabeleça um sistema bem coordenado de oferta e demanda de leite — em questão de alguns dias. A inflamação mamilar — cujo auge costuma ocorrer por volta do 20º dia de aleitamento — também diminui rapidamente, à medida que os mamilos se enrijecem devido ao sugar freqüente. Algumas mulheres, sobretudo as de pele clara, podem sofrer de fissuras e sangramento mamilares. O fenômeno, com o devido cuidado (ver p. 440), é apenas temporário.

Até a amamentação tornar-se gratificante e completa como se espera que seja — e, acredite ou não, indolor —, há algumas medidas que você pode tomar para mitigar o incômodo e acelerar o estabelecimento de um bom suprimento de leite (ver Iniciação ao Aleitamento, p. 436).

INGURGITAMENTO EM QUEM NÃO ESTÁ AMAMENTANDO

"Não estou amamentando. Sei que secar o leite pode ser doloroso."

A mamentando ou não, os seios ficarão túrgidos (cheios de leite) por volta do terceiro ou quarto dia depois do parto. O incômodo pode ser grande, até doloroso. Mas, felizmente, é temporário.

Alguns médicos costumavam se fiar em hormônios ou noutros medicamentos para suprimir a lactação. Mas como tais drogas têm sérios efeitos colaterais e não são seguras (às vezes não aliviam o ingurgitamento e, quando o fazem, tal ingurgitamento retorna depois de suspensa a medicação), uma comissão oficial da Food and Drug Administration norte-americana advertiu contra o seu uso. Como o ingurgitamento puerperal é um processo natural, o melhor é deixar que a natureza o resolva, o que sempre acaba acontecendo.

As mamas são feitas para produzirem leite na medida do necessário. Se ele não for usado, cessa a produção. Embora a eliminação esporádica possa persistir por alguns dias, talvez até semanas, o ingurgitamento acentuado não deve durar mais de 12-24 horas. Nesse interim, as compressas de gelo ou as duchas quentes e os analgésicos brandos (como o acetaminofen—Tylenol) têm serventia. O uso de sutiã apropriado, bem-ajustado ao seio, é importante até que os seios retornem ao normal.

VÍNCULO MATERNO

"Meu filho foi prematuro e não pude segurá-lo no colo durante pelo menos umas duas semanas. Será que agora é tarde demais para um bom vínculo com a mãe?"

Quando Chamar o Médico

Durante as primeiras seis semanas de puerpério continua a possibilidade de complicações puerperais. Os seguintes sinais ou sintomas apontam para a sua possibilidade e exigem o contato *imediato* com o médico:

- Sangramento que satura mais do que um absorvente por hora durante algumas horas. Peça para ser levada a pronto-socorro, ou chame o serviço médico de sua localidade, se não puder entrar em contato com seu médico imediatamente. A caminho ou à espera do atendimento de emergência, deite-se e mantenha bolsa de gelo (ou um saco plástico amarrado, com cubos de gelo e umas toalhas de papel para absorver a água do gelo que derreie) sobre a região baixa do abdome (diretamente sobre o útero, se puder localizá-lo, ou no foco da dor), se possível.

- Sangramento vermelho vivo em qualquer momento depois de 4 dias do parto. Mas não se preocupe com os corrimentos tintos de sangue ocasionais, com episódio breve de sangramento indolor depois de três semanas do parto, ou aumento do fluxo que diminui quando você se aquieta.

- Lóquios com odor fétido. Devem cheirar como o fluxo menstrual normal.

- Coágulos grandes (do tamanho de um limão ou maiores) nos lóquios. Coágulos pequenos ocasionais nos primeiros dias, porém, são normais.

- Ausência dos lóquios durante as duas primeiras semanas pós-parto.

- Dor ou desconforto, com ou sem edema, na região abdominal baixa depois dos primeiros dias após o parto.

- Depois das primeiras 24 horas, temperatura acima de 38°C por mais de um dia. Más pequenas elevações da temperatura nesse valor logo depois do parto (por desidratação), ou febrícula ao vir o leite, não são preocupantes.

- Dor aguda no peito, que poderia indicar coágulo de sangue nos pulmões. Chame o emergência se não entrar imediatamente em contato com o médico.

- Dor localizada, sensibilidade ao toque e calor na panturrilha ou na coxa, com ou sem vermelhidão, edema e dor ao fletir o pé — sinais de coágulo em veia da perna (p. 405). Repouso, com a perna elevada, enquanto tenta chamar o médico.

- Tumoração ou área endurecida num dos seios, depois que o ingurgitamento cedeu, indicaria obstrução de canal lactífero. Comece o tratamento em casa (ver p. 441) enquanto espera o médico.

- Dor localizada, edema, vermelhidão, calor e sensibilidade ao toque num dos seios depois de ceder o ingurgitamento podem ser sinais de mastite ou de infecção mamária. Comece o tratamento em casa (p. 442) enquanto aguarda o médico.

- Edema e/ou vermelhidão localizada, com calor e secreção no local da incisão da cesariana.

- Micção difícil; dor ou queimação ao urinar; premência em urinar sem resultado; urina escassa e/ou escura. Beber muita água até encontrar o médico.

- Depressão que prejudica o dia-a-dia, ou que não cede depois de alguns dias; sentimento de rancor contra o bebê, sobretudo quando acompanhado de impulsos violentos.

O vínculo materno, expressão do processo de união, de ligação entre a mãe e o recém-nascido, tornou-se nos últimos anos a *causa célèbre* nos círculos não apenas obstétricos mas também da psiquiatria infantil. O termo surgiu no decênio de 70, quando algumas pesquisas começaram a mostrar que a separação entre o lactente e a mãe imediatamente após o parto representa uma ameaça não a só um relacionamento duradouro entre ambos, mas às futuras relações do lactente com os demais. Foi por causa desse trabalho que se fizeram algumas mudanças muito positivas na assistência pós-parto. Hoje, muitos hospitais permitem que as novas mamães segurem ao colo os filhinhos momentos depois do nascimento e que o aconcheguem, o afaguem e o amamentem durante 10 minutos ou mais (até por mais de uma hora), em vez de desaparecerem com o recém-nascido para o berçário tão logo é cortado o cordão umbilical.

Entretanto, como acontece quando se populariza uma boa idéia, o conceito do vínculo materno passou a ser mal interpretado, gerando abusos (um dos médicos que publicou o primeiro livro sobre o assunto mais tarde declarou: "Antes nunca tivéssemos escrito aquilo"), com algumas conseqüências infelizes. As mamães que são submetidas a parto cirúrgico e não podem segurar o bebê logo depois do nascimento ficam por vezes achando que o relacionamento mãe-filho será irremediavelmente comprometido. A mesma preocupação é manifestada pelos pais cujos filhos têm que permanecer em unidade de tratamento intensivo neonatal durante semanas ou dias, impedindo o contato fraterno com eles. Tão apavorados ficam certos pais a respeito da necessidade desse vínculo que o exigem, mesmo pondo em risco a vida do filho.

Naturalmente, o vínculo inicial na sala de parto é maravilhoso. Esse primeiro encontro entre a mãe e o bebê lhes dá a oportunidade do contato, pele com pele, olho com olho. É o primeiro passo no desenvolvimento de um sólido elo. Mas não mais que um *primeiro* passo. E não há por que ter de ser realizado no momento do parto. Poderá ocorrer mais tarde, no leito do hospital, ou através dos orifícios da incubadora, e até mesmo semanas depois, em casa. Quando os seus pais nasceram, provavelmente pouca oportunidade tiveram de estar com a mãe, e muito menos com o pai, a não ser depois de irem para casa — em geral uns 10 dias depois do parto —, e a grande maioria dessa geração "privada de um vínculo imediato" cresceu com fortes laços familiares, cheios de amor. As mães que tiveram a oportunidade de contato com um dos filhos ao nascer e não com outro, via de regra, não informam qualquer diferença em relação a seus sentimentos para com as crianças. Os pais adotivos, que não raro só têm contato com seus bebês depois da alta hospitalar (às vezes muito depois), conseguem desenvolver fortíssimos vínculos com eles. Alguns especialistas acreditam, com efeito, que o vínculo materno só venha a se consolidar depois de seis meses do nascimento da criança, embora ainda no primeiro ano de vida. Certamente é processo complexo que não se consolidará em alguns minutos.

E nunca é demasiado tarde para amarrar laços que unam ainda mais pais e filhos. Assim, em vez de lamentar o tempo perdido, prepare-se para dar o melhor de si durante toda a maternidade que está por se desenrolar.

"Soube que o vínculo materno, o contato com o bebê, aproxima a mãe da criança, mas sempre que seguro meu filho no colo ele me parece um estranho."

O amor à primeira vista é um conceito que assoma nos livros e filmes românticos, mas raramente se materializa na vida real. O tipo de amor que perdu-

ra por toda a vida em geral requer tempo, estímulo, alento e uma boa dose de paciência para que se desenvolva e se aprofunde. E essa é uma verdade não só para o amor entre o recém-nascido e os pais, mas também para o amor entre um homem e uma mulher.

A proximidade física entre a mãe e a criança imediatamente após o nascimento não é garantia de uma proximidade emocional instantânea. Os sentimentos de afeição não fluem com a mesma facilidade e objetividade com que fluem os lóquios; os primeiros segundos depois do parto não são automaticamente banhados pelo fulgor e calor do amor materno. De fato, a primeira sensação que a mulher experimenta após parir é quase sempre de alívio, e não de amor — o alívio de ver que o bebê é normal e, sobretudo quando o trabalho de parto foi difícil, de que a provação terminou. Não é de forma alguma incomum ver naquele bebê chorão e pouco sociável um estranho — sem quase nenhuma relação com o bebezinho quieto e idealizado que se carregou na barriga durante nove meses —, sentindo-se para com ele não mais que um sentimento neutro, indefinível. Uma pesquisa revelou que leva em média duas semanas (e, muitas vezes, nove semanas) para que as mães comecem a manifestar sentimentos positivos para com os recém-nascidos.

A forma de uma mulher reagir ao seu recém-nascido no primeiro encontro depende de uma ampla variedade de fatores: duração e dificuldade do trabalho de parto; uso, durante o trabalho de parto e o parto, de tranqüilizantes e/ou anestésicos; experiência prévia (ou a falta dela) com lactentes; sentimentos em relação à gestação; relação com o marido; preocupações alheias ao contexto gestacional; condição geral de saúde, e, provavelmente e acima de tudo, personalidade: a reação da pessoa só é normal para a *própria* pessoa.

À medida que você, leitora, sentir crescerem o bem-estar e o vínculo em relação ao bebê, poderá então relaxar. Algumas das melhores relações partem de começos os mais vagarosos. É preciso dar uma oportunidade para que os dois, mãe e bebê, possam se admirar e se conhecer — e o amor medrará com naturalidade e sem pressa.

Se a leitora não sentir o crescimento da proximidade afetiva depois de algumas semanas, ou desenvolver manifestações de raiva ou de antipatia para com o bebê, convém discutir os sentimentos com o pediatra. É importante superá-los logo, para evitar marcas duradouras em seu relacionamento.

ALOJAMENTO CONJUNTO

"Quando no meu curso de pré-natal ouvi falar no alojamento conjunto imaginei que ia ser um paraíso. Agora que estou lá, mais parece o inferno. Não consigo fazer o bebê parar de chorar — mas que espécie de mãe serei eu se pedir à enfermeira para levá-lo?"

Sem dúvida, seria uma mãe muito humana. Você acabou de completar a tarefa hercúlea (aliás Hércules não a teria feito) de parir e está prestes a ingressar num outro desafio ainda maior: o de criar o filho. Necessitar de alguns dias de repouso entre uma coisa e outra é muito natural — não há por que sentir culpa.

Naturalmente, algumas puérperas conseguem lidar com a criança no alojamento conjunto mãe/filho com muita facilidade. Se o parto transcorreu sem problemas, elas podem se sentir mais jubilosas do que exauridas. Há outras que já têm a experiência de cuidar de recém-nascidos, próprios ou de outras pessoas. Para essas mulheres, o lactente inconsolável às 3 horas da madrugada, embora não seja uma alegria, também não é um

te a voltar à realidade rapidamente.

Você também fica na sala de recuperação quando é submetida a raquianestesia ou a bloqueio epidural. A recuperação dessas formas de anestesia é mais lenta — e se faz dos dedos dos pés para cima. A paciente é estimulada a mexer com os dedos e com os pés assim que puder. Em caso de raquianestesia, a paciente ficará deitada de costas durante 8 ou 12 horas. Talvez seja permitida a visita do marido e do bebê.

Dor no local da incisão. Cessado o efeito anestésico, a ferida cirúrgica, como qualquer outra, vai doer — embora a intensidade da dor dependa de numerosos fatores, como o limiar pessoal à dor e quantas cesáreas a paciente já fez. (A primeira é, via de regra, a mais desconfortável.) O uso de medicação analgésica é feito conforme necessário, sendo ela capaz de causar aturdimento ou tonteira, ajudando a paciente a dormir um sono muito necessário. Não há por que se preocupar com a amamentação: o medicamento não chega ao colostro, e, quando vier o leite, é provável que a puérpera não necessite mais de qualquer medicação.

Possibilidade de náuseas com ou sem vômito. Nem sempre acontecem, mas, se acontecerem, sempre é possível fazer uso de um antiemético para prevenir o vômito. (Quem vomita com freqüência poderá falar com o médico para prescrever o remédio antes de surgir a náusea.)

Fisioterapia respiratória. A fisioterapia respiratória ajuda na eliminação dos resíduos da anestesia geral, e também na expansão dos pulmões, evitando o acúmulo de secreções que favorece a pneumonia. Certos exercícios são muito incômodos quando feitos corretamente. Para fazê-los com maior conforto, por vezes convém "imobilizar" a incisão cirúrgica com travesseiro.

Avaliação regular da condição clínica. A enfermagem verificará regularmente os sinais vitais (temperatura, pulso, freqüência respiratória e pressão arterial), a diurese, as secreções vaginais, o curativo no local da incisão e a firmeza e altura do útero (à proporção que este se retrai e retorna à cavidade pélvica). Vai também checar o soro (na veia) e o cateter vesical (conectado a coletor de urina).

Passada essa fase, o processo evolutivo cursará com:

Contínua avaliação da condição clínica. Os sinais vitais, a diurese, as secreções vaginais, curativo, o útero, os possíveis cateteres ainda em posição serão avaliados regularmente.

Remoção do cateter vesical depois de 24 horas. Urinar pode ser difícil, portanto consulte a orientação dada à p. 424. Se as medidas não resolverem, talvez haja necessidade de novo cateterismo até que seja possível a micção voluntária.

Dores puerperais. Começam cerca de 12 a 24 horas depois do parto. Consultar a p. 423 para maiores detalhes.

Remoção do soro. Cerca de 24 horas depois da cirurgia, ou quando o intestino indicar sinal de atividade (produzindo gases), o soro é removido e a paciente passa a tomar líquidos, pela boca. Nos dias seguintes, a dieta evolui para os alimentos moles, e depois para a alimentação normal. Mesmo que você se sinta morrendo à míngua, não invente de ludibriar a prescrição médica e pedir a alguém que lhe traga um sanduichão. Vá com calma ao retornar à dieta normal. Em caso de amamentação, convém ingerir líquidos em abundância.

Dor referida ao ombro. A irritação do diafragma causada pela cirurgia é capaz

de causar dor aguda no ombro. Os analgésicos ajudam.

Possível constipação. Pode levar alguns dias para que a atividade intestinal retorne ao normal, o que não significa problema. O uso de laxativos suaves é recurso de alguma utilidade. Também ajuda a orientação dada à p. 426, embora durante os primeiros dias convenha excluir a dieta com resíduos. Se a paciente não tiver evacuado por volta do quarto ou quinto dia, o uso de laxativo, enema ou supositório poderá ser necessário.

A prática de exercícios. Antes de levantar-se da cama, convém mover os dedos dos pés, flexionar a panturrilha (barriga da perna), dobrar os pés para cima (extensão dos tornozelos), empurrá-los de encontro aos pés da cama e movê-los para os lados. Outros exercícios bons: 1) Deitada de costas e retesando a parede abdominal, flexionar uma perna, estendendo a outra. Ir estendendo a perna flexionada bem devagar; repetir o exercício com flexão da outra perna. 2) De costas, as pernas flexionadas e a sola dos pés sobre a cama, elevar a cabeça durante 30 segundos. 3) Ainda de costas, joelhos flexionados, retesar a musculatura do abdome e então levar o braço direito para o lado esquerdo da cama, mantendo-o ao nível da cintura. Repetir o exercício com o braço esquerdo. São exercícios que melhoram a circulação, sobretudo das pernas, e impedem a formação de coágulos de sangue. (Mas se prepare: alguns desses exercícios, principalmente nas primeiras 24 horas, são bastante dolorosos.)

Levantar depois de 8 a 24 horas da cirurgia. Com a ajuda da enfermeira, sentar primeiro, apoiada na cabeceira elevada da cama. Em seguida, apoiando-se nas mãos, trazer as pernas para fora da cama, deixando-as balançar um pouco (alguns minutos). Então, vagarosamente e com o auxílio da enfermeira, pôr-se de pé, mas com as mãos ainda apoiadas na cama. Se você sentir tontura (que é normal), sentar novamente. Firmar-se por alguns minutos antes de dar os primeiros passos. Eles podem ser dolorosos. Procurar manter-se ereta o máximo possível, embora seja grande a tentação de curvar-se para mitigar o desconforto. (A dificuldade é temporária; com efeito, logo você descobre que os seus movimentos talvez sejam maiores que os da puérpera ao lado que teve parto vaginal — e você tem, sem dúvida, a vantagem ao sentar.)

Usar meias elásticas. Melhoram a circulação e também destinam-se a prevenir os coágulos nas pernas.

Desconforto abdominal. À medida que o tubo digestivo (temporariamente parado por causa da cirurgia) começa a funcionar, os gases retidos são capazes de causar dor considerável, especialmente ao comprimirem a linha da incisão. O desconforto é agravado quando você ri, tosse ou espirra. Avisar a enfermeira ou o médico do problema e pedir algum medicamento. Os narcoanalgésicos não são recomendados por prolongarem o problema, que não costuma durar mais que um ou dois dias. Os gases podem ser aliviados por enema brando ou por supositório. Caminhar de um lado para outro no corredor também ajuda. Outro recurso: deitada sobre o lado esquerdo ou de costas, joelhos para cima, respirar fundo, prendendo a musculatura no local da incisão. Em casos de dor muito intensa, é possível a introdução de um tubo (sonda) no reto para eliminação dos gases.

Tempo para o seu bebê. Não lhe é ainda permitido segurar o bebê no colo, mas você pode aconchegá-lo nos braços e lhe dar o peito. (Nesse caso, convém colocá-lo num travesseiro estendido sobre a incisão.) Dependendo de como você se sen-

Ou você pode pedir a enfermeira que leve o bebê no horário para visitas.

- Não deixe de dar de mamar ao bebê nos horários programados, mesmo que ele esteja dormindo. No caso do alojamento conjunto, isso provavelmente não será problema. A mãe será capaz de atendê-lo sempre que ele estiver com fome, deixando-o dormir quando estiver com sono. Mas quando se depende da enfermagem para que seja trazido o bebê — no horário programado, não no natural da criança —, não raro se constata que o período para o aleitamento termina antes de o bebê despertar. Isso não pode acontecer. Se ao chegar o bebê estiver dormindo, acorde-o. Soa mais cruel do que de fato é. Sente-o com delicadeza na cama, uma das mãos segurando o queixinho, a outra apoiando as costas. Em seguida, curve-o para a frente, ao nível da cintura. Assim que ele se agitar, adote rapidamente a posição de aleitamento. Se o bebê tiver vindo com cueiros, afrouxe as ataduras para que ele fique mais junto de você.

- Ter paciência enquanto o bebê ainda se recupera do parto. Caso tenha havido necessidade de anestesia ou se o trabalho de parto tiver sido muito prolongado, difícil, o bebê se mostrará sonolento e vagaroso ao peito por alguns dias. Não é por causa da mãe, de sua habilidade em amamentar, ou do próprio bebê. Não há perigo de o bebê se desnutrir nesse interim, já que a necessidade nutricional dos recém-nascidos é pequena nos primeiros dias de vida. O que ele precisa é de acalento, de afago. O aconchego ao peito é tão importante quanto a mamada.

- Certificar-se de que o apetite e o instinto de sugar do bebê não estão sendo sabotados entre as mamadas. É rotina em alguns hospitais dar ao bebê uma mamadeira de água com açúcar entre as mamadas para aquietá-lo. O efeito dessa conduta pode ser duplamente prejudicial. Em primeiro lugar, ao ser trazido até a mãe, se ele não quiser mamar, e o peito não for estimulado para produzir mais leite — terá início então um ciclo vicioso. Em segundo lugar, como a chupeta de borracha requer menos esforço, o reflexo de sucção do bebê se torna preguiçoso. Diante do maior desafio de sugar no peito, a criança pode simplesmente desistir. *Não deixe ninguém persuadi-la a usar água com açúcar.* Seja rigorosa — através do pediatra —, insistindo para que não seja complementada a alimentação do bebê entre as mamadas, no berçário, salvo quando houver indicação médica.[2]

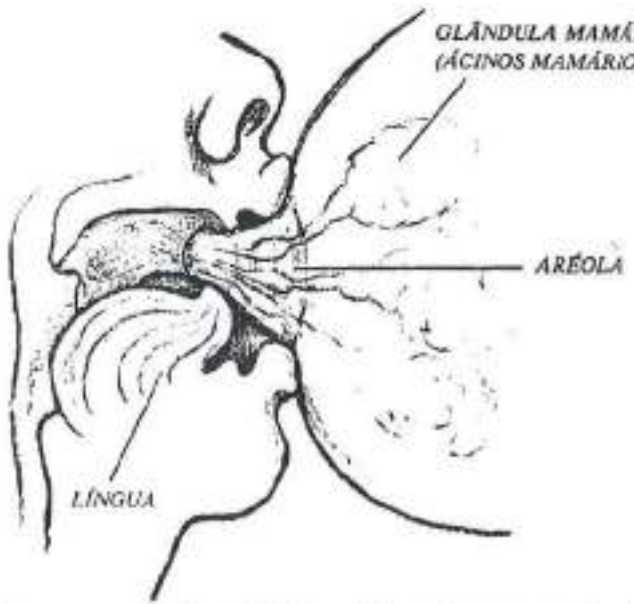
- Não tentar alimentar o bebê enquanto ele estiver berrando. Já é suficientemente difícil para ele achar o mamilo quando calmo. Se o bebê estiver superexcitado, pode ser impossível. Embale-o e aquiete-o antes de começar a amamentá-lo.

- Se houver dificuldade em dar início ao aleitamento, peça ajuda à equipe do hospital ou ao médico. Se a paciente tiver sorte, um especialista em lactação a acompanhará e a instruirá na primeira mamada. Se essa não for a política do hospital (ou se não veio ninguém para atendê-la), tente outras fontes de ajuda.

- Por mais frustrante que se torne o aleitamento, procure ficar calma. Come-

[2] Talvez você queira também discutir com o pediatra os prós e os contras de deixar o bebê usar chupeta no berçário. Por um lado, poderá deixá-lo apegado ao bico de borracha; por outro, poderá lhe trazer alento quando não houver ninguém para embalá-lo no meio da noite.

O Bebê e o Seio — Uma União Perfeita



É preciso verificar que, ao sugar, o lactente abranja a aréola e não apenas o mamilo. Esta é a forma mais eficaz e menos dolorosa de extrair o leite.

ce o mais relaxada que puder. Peça aos visitantes para saírem 15 minutos antes da hora da mamada, e não pense na conta hospitalar ou em qualquer outra coisa que possa aborrecê-la. Tente permanecer calma então por todo o período da amamentação, por pior que ele transcorra. A tensão não só prejudica a produção de leite como também causa ansiedade no bebê. O lactente é extremamente sensível aos estados de humor da mãe, e reage de acordo.

QUANDO VEM O LEITE

Assim que a mãe e o bebê começarem a se entender bem, o leite virá. Até então, o que ele conseguia eram pequenas quantidades de colostro (antecessor do leite maduro), e havia grande desconforto mamário. Em seguida, em questão de horas, os seios tornaram-se túrgidos, ficaram duros e doloridos. O aleitamento, a princípio, é difícil para o bebê e agoniante para a mãe.[3] Felizmente, esse período de ingurgitamento é breve. Enquanto perdurar, todavia, várias são as formas de atenuá-lo e também de mitigar o desconforto que o acompanha:

[3]Algumas puérperas mais afortunadas não experimentam o intumescimento dos seios ao vir o leite, possivelmente porque os seus bebês se revelaram lactentes mais vigorosos desde o nascimento; é também menor o intumescimento com os bebês subseqüentes.

- Amamentar mais vezes, por períodos mais breves — o aleitamento de 4 em 4 horas é capaz de conduzir ao ingurgitamento; mamadas de 20 minutos machucam os mamilos; ambos tornam a amamentação difícil para a mãe e para o bebê. Comece com mamadas de 5 minutos em cada seio, aumentando gradualmente o tempo, até 15 minutos em cada um por volta do terceiro ou quarto dia.

- Não ceder à tentação de saltar mamadas por causa de dor. Quanto menos o bebê sugar, mais ingurgitado ficará o peito. Não favorecer um dos seios por estar menos machucado ou porque não apresenta fissuras (rachado); a única maneira de torná-los resistentes é usando-os. Usar ambos os seios a cada mamada, mesmo que só por alguns minutos — mas ofereça ao bebê o menos machucado, porque o bebê vai sugar mais vigorosamente quando estiver com fome. Se ambos os mamilos estiverem machucados (ou não) começar a próxima mamada no seio usado por último.

- Usar bomba mamária em cada um dos seios antes de amamentar para reduzir o ingurgitamento, de sorte que o bebê consiga "achar" o mamilo mais facilmente, assegurando de antemão o fluxo lácteo. Depois da mamada, esvaziar o outro seio se o bebê ainda não o fez.

- Usar compressas de gelo para reduzir o ingurgitamento. Ou ducha quente ou compressas mornas, se estas aliviarem mais.

- É importante apoiar os seios em sutiã apropriado, embora a compressão mamilar e do próprio seio túrgido possa ser dolorosa. Sempre que o extravasamento de leite não for um problema — mormente depois da mamada —, deixar levantadas as abas do sutiã especial para amamentação.

FERIDAS MAMILARES (RACHADURAS E FISSURAS)

As feridas mamilares por vezes complicam o já difícil aleitamento inicial. Na grande maioria, se tornam rapidamente resistentes. Mas em algumas nutrizes, sobretudo as de pele clara, os mamilos se racham e fissuram. Para aliviar o desconforto:

- Expor o mais possível o mamilo ferido ou rachado ao ar ambiente. Proteja-os das roupas e de qualquer irritação, usando protetores para os seios.

- Deixar que a natureza — e não a indústria farmacêutica — se encarregue dos mamilos. Eles são naturalmente protegidos pelas glândulas sudoríparas e pela oleosidade da pele. Os produtos farmacêuticos só devem ser usados nas rachaduras de maior gravidade, e você deve usar os de maior pureza possível. Não use lanolina ou vaselina, e sim cápsulas de vitamina E, aplicando-as diretamente aos mamilos. Lavá-los apenas com água — e não com sabão, álcool, tintura de benzoína etc. —, estejam ou não feridos os mamilos: o bebê já se acha protegido dos germes, e o próprio leite é limpo.

- Variar a posição da mamada para que uma parte diferente do mamilo seja comprimida a cada vez.

- Relaxar por 15 minutos mais ou menos antes de cada mamada. O relaxamento aumenta o escoamento do leite, a tensão o dificulta.

A Dieta Ideal no Aleitamento

O teor de proteínas, gordura e carboidratos do leite materno não costuma ser afetado pelo teor desses nutrientes na dieta; contudo, o são o nível de algumas vitaminas (A e B_{12}, por exemplo). Embora a qualidade do leite nem sempre se relacione diretamente à qualidade da dieta, a sua quantidade guarda essa relação. As nutrizes com deficiência protéica e/ou calórica na dieta produzirão leite de boa composição mas em quantidade menor. Para produzir leite bom e em abundância, é preciso continuar com a complementação vitamínica da gestação (ou adequada à gestação/lactação) e seguir rigorosamente a Dieta Ideal (p. 109) com as seguintes modificações:

- Aumentar o aporte calórico em 500 calorias por dia acima das necessidades pré-gestacionais. É uma regra flexível, deixando-se por guia a própria balança. Se você tiver armazenado muita gordura durante a gestação (ou antes dela), poderá consumir menor número de calorias, já que a gordura vai ser queimada para produzir o leite (e você vai emagrecer). Se você estiver com peso insuficiente, é provável que necessite de 500 calorias a mais ao dia (que é uma recomendação que leva em conta a gordura em excesso para ser queimada e de que no caso a puérpera não dispõe). Independente do seu peso, contudo, você vai notar que precisa de mais calorias ainda à proporção que o bebê cresce e que demanda mais leite. Uma vez mais, você poderá determinar isso pesando-se e verificando a tabela. Se o peso estiver abaixo do ideal, é só aumentar a ingestão diária.
- Aumentar o aporte de cálcio em uma porção a mais por dia, até cinco porções.
- Reduzir a ingesta protéica em uma porção por dia, até três porções.
- Beber ao menos oito copos de líquido por dia (leite, água, caldos ou sopas e sucos); aumentar a ingestão em época de calor ou se estiver perdendo líquido pela transpiração. (Embora se possa beber moderadamente chá ou café e uma bebida alcoólica ocasional, não se devem computá-los na cota diária por terem efeito desidratante.) Todavia, o exagero e o excesso não são o ideal; ao encharcar-se de líquido (mais de 12 copos por dia), a nutriz poderá paradoxalmente *desacelerar* a produção de leite. A sede e a diurese ajudam-na a calibrar as necessidades.
- Exceda-se de vez em quando. Você já cumpriu a sua sentença de nove meses de abstinência; está autorizada a abusar das sobremesas, pelo menos vez ou outra. O segredo é a moderação. Pequenas quantidades de açúcar não vão interferir na produção do leite, embora uma dieta constante de doces vá, por eliminar o apetite pelos nutrientes necessários. O mesmo se diga a respeito dos demais alimentos supérfluos, como batatas fritas, frango frito, pão branco; convém só comê-los *depois* de ter atendido às necessidades nutricionais obrigatórias.

COMPLICAÇÕES OCASIONAIS

Firmado o aleitamento, ele em geral prossegue sem intercorrência até o desmame. Mas, vez ou outra, surgem certas complicações:

Obstrução dos canais galactóforos. Às vezes se obstruem os canais por onde sai o leite, causando-lhe o represamento. Como essa condição (que se caracteriza por uma pequena saliência, avermelhada e dolorosa, sobre a mama) é capaz de levar à infecção (mastite), é importante tentar remediá-la rapidamente. A melhor ma-

neira está em oferecer a mama atingida primeiro a cada mamada, deixando o bebê esvaziá-la o mais completamente possível. Se ele não conseguir, o leite restante deverá ser expelido manualmente ou por bomba de sucção. Evite a compressão demasiada da mama pelo sutiã, e variando a posição da mamada para que a pressão seja exercida em diferentes ductos. Verifique também se o leite ressecado está obstruindo o mamilo depois da mamada. Caso esteja, limpe-o com algodão esterilizado e água fervida. Não use esse período para desmamar o bebê; suspender a amamentação agora só irá agravar o problema.

Mastite. Uma complicação mais grave da amamentação é a mastite, ou infecção mamária, que pode ocorrer num ou nos dois seios, em geral entre 10 e 28 dias de pós-parto, em aproximadamente 7% a 10% das mães — em geral primíparas. Os fatores que se mesclam para causar a mastite são o esvaziamento incompleto do seio a cada mamada, germes que entram pelos ductos lactíferos através de rachadura ou fissura no mamilo (em geral da boca do bebê) e menor resistência da mãe por estresse, fadiga e nutrição insuficiente.

Os sintomas mais comuns da mastite são a inflamação acentuada, a consistência dura, o eritema (vermelhidão), o calor e o edema (inchação) do seio, com calafrios generalizados e febre de 38 ou 39°C. Se você apresentar alguns desses sintomas, entre em contato com o médico. É necessário o tratamento imediato, o qual talvez englobe repouso na cama, antibióticos, líquidos em abundância, analgesia, e aplicação de gelo ou de calor úmido. Durante o tratamento você deve continuar a amamentar. Como foram germes do bebê que provavelmente causaram a infecção, não o prejudicarão. E o esvaziamento do seio ajudará a prevenir o entupimento dos ductos. Amamente primeiro no seio infectado, e esvazie-o com bomba se o bebê não o esvaziar. Se a dor for tão cruciante que você não possa amamentar, tente bombear os seios deitada numa banheira de água morna com os seios flutuando confortavelmente. Não use bomba elétrica.

O retardo no tratamento da mastite pode levar ao desenvolvimento de abscesso mamário, cujos sintomas englobam: dor excruciante, latejante; congestão localizada, dor ao toque e calor na região do abscesso; além de oscilações na temperatura entre 37,5 e 39°C. O tratamento requer antibióticos e, via de regra, drenagem cirúrgica sob anestesia. O aleitamento com a mama afetada deve ser suspenso, com uso regular da bomba de sucção para esvaziá-la até que se complete a cura e que se possa retornar a ele. Nesse interim, a amamentação pode continuar na mama não afetada.

Não deixe que os problemas com a lactação no seu primeiro filho a desencorajem de amamentar os bebês futuros. O ingurgitamento e as feridas mamilares serão bem menos comuns nos partos futuros.

AMAMENTAÇÃO DEPOIS DE UMA CESARIANA

Quando você poderá amamentar depois de um parto cirúrgico vai depender de como se sente e de como está o bebê. Se os dois estiverem em boa forma, você poderá oferecer o seio ao bebê na sala de parto depois de terminada a cirurgia. Ou então no quarto, logo depois. Se estiver tonta da anestesia geral ou se o bebê necessitar de atendimento imediato no berçário, talvez você tenha de esperar. Se depois de 12 horas você ainda não puder estar junto com o bebê, provavelmente terá de usar bomba para retirar o leite (a essa altura é na rea-

O Uso de Medicamentos e a Amamentação

Certifique-se de informar a qualquer médico que lhe prescreva algum medicamento de que você está amamentando. Muitos medicamentos são seguros para usar durante o aleitamento; já outros não são. Costuma ser melhor tomar o remédio depois da mamada, para que o seu teor no leite seja o mais baixo ao tornar a amamentar.

lidade colostro) para que tenha início a lactação.

Talvez a amamentação depois da cesariana seja incômoda a princípio — o que ocorre para a maioria das mães. Será menos incômoda se você diminuir a pressão sobre a incisão; coloque um travesseiro no colo, debaixo do bebê; deite de lado. Tanto as dores puerperais que você experimenta ao amamentar (ver p. 423) e a dor no local da incisão são normais e diminuirão alguns dias depois.

ALEITAMENTO DE GÊMEOS

O aleitamento, como ademais tudo o que tange ao atendimento de gêmeos recém-nascidos, parece impossível até que se entre no seu ritmo próprio. Depois de estabelecida uma rotina, ele não só é possível mas também muito gratificante. Para amamentar com êxito filhos gêmeos, convém:

- Preencher todas as exigências dietéticas das nutrizes (ver A Melhor Dieta no Aleitamento), com os seguintes acréscimos: 400-500 calorias acima das necessárias durante a gestação (talvez haja necessidade de aumentar a ingesta calórica à medida que os bebês se tornam maiores e sentem mais fome, ou de diminuí-la se a nutriz suplementar o aleitamento com fórmula pediátrica e/ou sólidos, ou ainda se tiver reservas suficientes de gordura e quiser queimá-las; uma porção adicional de proteínas (quatro no total) e de cálcio (seis no total), ou complementação com cálcio.
- Beber 8 a 12 copos de líquido por dia — mas não mais, para que não se suprima a produção de leite.
- Ter a maior ajuda possível nos afazeres domésticos, no preparo das refeições e no atendimento do bebê para conservar a energia.
- Explorar as diversas opções para amamentar: dar de mamar a um, mamadeira ao outro; alternar as mamadas no seio e na mamadeira de um e de outro; amamentá-los separadamente (o que pode levar 10 horas ou mais por dia) ou ambos ao mesmo tempo. Combinar a alimentação individual e em conjunto, alimentando cada bebê separadamente ao menos uma vez ao dia, de maneira a fomentar a intimidade com cada um deles. Nesses períodos, o pai poderá dar uma mamadeira para o outro. Essa mamadeira, dada pelo pai ou por outra pessoa, pode ser leite da mãe ou leite pediátrico (fórmula).
- Reconhecer que os gêmeos têm personalidades diversas, necessidades diferentes e ritmo variado de amamentação. Não os trate de forma idêntica. O melhor é anotar para ter certeza de que ambos são alimentados a cada mamada.

19

O Puerpério: As Primeiras Seis Semanas

Os Sintomas

Durante as primeiras seis semanas de puerpério, dependendo do tipo de parto (fácil ou difícil, vaginal ou cesáreo), da ajuda que você tiver em casa, e de outros fatores, você poderá experimentar todos os seguintes sintomas ou só alguns deles:

Físicos:

- Persistência de corrimento vaginal (lóquios), que ficou acastanhado e depois branco-amarelado
- Fadiga
- Um pouco de dor, desconforto e dormência no períneo, em caso de parto cesáreo (sobretudo se foi a primeira)
- Diminuição da dor na incisão, e persistência do entorpecimento perineal, em caso de cesariana (sobretudo se foi a primeira)
- Constipação persistente (embora deva estar cedendo)
- Achatamento gradual do abdome à proporção que o útero se acomoda na pelve (embora só os exercícios restituam a forma pré-gestatória)
- Emagrecimento gradual
- Desconforto mamário e feridas mamilares até que esteja bem-estabelecido o aleitamento
- Dores nos braços e nas pernas (por ficar carregando o bebê)
- Perda de cabelos

Emocionais:

- Euforia, depressão, ou oscilação entre os dois

- Sensação de assoberbamento, crescente sentimento de confiança, ou oscilação entre os dois
- Menor ou maior desejo sexual

A Consulta Neste Período

Os obstetras, de um modo geral, marcam consulta quatro ou seis semanas depois do parto.[1] Durante essas visitas eles farão um exame que varia segundo as necessidades da puérpera e do estilo do médico.

- Pressão arterial
- Peso, que terá declinado uns 7 a 9 quilos ou mais
- Forma, dimensões e localização do útero, para ver se ele retornou à condição pré-gestacional
- Condição do colo uterino, que estará voltando ao estado pré-gestacional, embora ainda costume mostrar-se intumescido e com lesões erosivas superficiais
- Condição da vagina, que terá se contraído e readquirido grande parte do tônus muscular
- A episiotomia ou os locais de reparação, se existirem; em caso de operação cesariana, o local da incisão
- A condição dos seios, em busca de anormalidades
- Hemorróidas e varizes, caso tenham se desenvolvido durante a gestação
- Outras questões e outros problemas que a paciente queira discutir — convém levar uma lista pronta

Deverá ser discutido também o método contraceptivo em uso. O uso de diafragma servirá se a cérvice já tiver se recuperado o suficiente; caso contrário, talvez você tenha de esperar usando camisinha. Quem não amamenta pode dar início ao uso da pílula.

As Preocupações Comuns

FEBRE

"Acabo de chegar do hospital e estou com febre de mais de 38°C. Tem relação com o parto?"

Graças ao Dr. Ignaz Semmelweiss, as chances de a nova mamãe vir desenvolver a febre puerperal são hoje muitíssimo reduzidas. Foi em 1847 que esse jovem médico vienense descobriu que, se os que atendiam ao parto lavassem as mãos antes, o risco das infecções afins se reduzia enormemente (embora àquela época sua teoria tenha sido conside-

[1] Para quem se submeteu a parto cirúrgico, a consulta poderá ser antecipada para cerca de três semanas no pós-parto.

rada tão estranha que ele foi destituído do cargo, condenado ao ostracismo, e acabou morrendo arruinado). E graças a Sir Alexander Fleming, o cientista britânico que desenvolveu os primeiros antibióticos contra as infecções, que permitem a fácil cura dos casos que por vezes ocorram.

Os casos de infecção de maior gravidade costumam ter início nas primeiras 24 horas após o parto. Febre no terceiro ou no quarto dia, quando já se está em casa, pode indicar possível infecção puerperal — embora possa também ser causada por alguma virose ou por algum outro problema menor. Uma febre baixa (em torno de 37,5°C) por vezes acompanha o intumescimento mamário, ao chegar o leite podendo até resultar da euforia de se ter chegado em casa com o bebê. Informe o médico a respeito de qualquer febre com duração de mais de quatro horas que você tenha nas primeiras três semanas de pós-parto — mesmo quando acompanhada de sintomas evidentes de gripe ou resfriado — para que se diagnostique a causa do problema e se dê início ao tratamento oportuno. Ver p. 410, caso haja suspeita ou diagnóstico de infecção puerperal.

DEPRESSÃO

"Tenho tudo o que sempre quis: um marido maravilhoso, um lindo bebê... Por que me sinto tão triste?"

Por que aproximadamente metade de todas as novas mamães se sente tão infeliz durante talvez um dos períodos de maior felicidade de vida? É o paradoxo da depressão puerperal, para a qual os especialistas ainda não encontraram solução ou explicação definitiva.

Os hormônios, tão amiúde implicados na oscilação de humor das mulheres, talvez ofereçam uma explicação racional. O teor de estrogênio e de progesterona declina precipitadamente depois do parto, podendo aí residir a causa da depressão, exatamente como o fazem as flutuações hormonais antes da menstruação. Acredita-se que tais flutuações, que variam de mulher para mulher, expliquem ao menos em parte o porquê de somente 50% das puérperas sofrerem da depressão puerperal, apesar de todas passarem pelo mesmo declínio hormonal após o parto.

Não obstante, há uma constelação de fatores que provavelmente contribui para a profunda tristeza no puerpério — mais comum em torno do terceiro dia, mas que pode assomar a qualquer momento durante o primeiro ano e que se manifesta mais depois da segunda gestação do que da primeira.

Desvia-se da gestante, agora mãe, o foco das atenções. O bebê passa a ser o astro do espetáculo. As visitas estão mais interessadas em ir ao berçário do que em ficarem sentadas no leito da puérpera a indagar-lhe sobre a saúde. O mesmo se dá em casa: a princesa grávida é agora a Cinderela no puerpério.

A hospitalização. Ao se ansiar por ir para casa e começar a desempenhar o papel de mãe, pode vir a frustração pela falta de controle sobre a própria vida e sobre o bebê no hospital.

Em casa. As responsabilidades que aguardam pela mamãe podem gerar um sentimento de assoberbamento, ao antever a sobrecarga de trabalho (particularmente quem tem mais filhos e ninguém para ajudar).

Exaustão. A fadiga pelo trabalho de parto extenuante e pelo pouco sono no hospital, somada aos rigores no cuidado com o recém-nascido, não raro contribui para o sentimento de que não se esteja à altura para atender às demandas da maternidade.

) desapontamento para com o bebê. O ecém-nascido, tão pequenino, tão vermelhinho, tão gordinho, tão sem reação, stá bem distante daquele bebezinho to- o risonho que se tinha imaginado. A ulpa daí advinda contribui para a de- ressão.

) desapontamento em relação a você nesma e/ou ao parto. Se as expectati- as idealizadas a respeito do parto não e concretizaram, a sensação de fracas- o (absolutamente desnecessária) é uma ossibilida de.

A sensação de anticlímax. O parto — o nais importante evento para o qual a nulher se preparou e tanto esperou — acabou.

A sensação de inépcia. A mãe poderá se perguntar: "Por que fui ter um bebê que não sou capaz de cuidar?"

O pesar pelo que se perde. A vida livre de preocupações, voltada para a profissão, foi-se (ao menos temporariamente) com o nascimento do bebê.

A aparência infeliz. Antes você estava gorda e grávida, agora está apenas gorda. É insuportável usar as roupas da gestação, mas nada mais serve.

Só uma coisa se pode dizer de bom a respeito da depressão puerperal: não dura muito — cerca de 48 horas para a maioria das mulheres. E embora não haja remédio a não ser esperar que passe, há formas de mitigar essa tristeza:

- Se ela chegar no hospital, tentar providenciar um jantar a dois no quarto do hospital, se possível; limitar as visitas quando as conversas começarem a irritá-la, mas não se a alegrarem. Se for o hospital que a deprime, pedir logo alta. (Ver Já em Casa, p. 432.)
- Combater a fadiga aceitando a ajuda dos outros, sendo menos compulsiva com as coisas que puderem esperar, tentando dormir enquanto o bebê dorme. Usar o horário das mamadas como período de repouso, amamentando na cama ou numa cadeira confortável, com os pés para cima.
- Seguir a Dieta Ideal no Aleitamento (ver p. 441) para preservar as energias (com menos 500 calorias e menos três porções de cálcio para quem não estiver amamentando). Evitar o açúcar (sobretudo o chocolate), que pode agir como depressor.
- Ocasionalmente, relaxar com o marido tomando um drinque depois da mamada do bebê à noite, mas sem excessos — o excesso leva à depressão da manhã seguinte.
- Jantar fora, quando possível. Se não for possível, faça de conta. Mande vir de fora o jantar (ou deixe o marido prepará-lo), vista-se à altura, crie um ambiente de restaurante, com luz de vela e música suave. E procure manter o bom humor caso o bebê interrompa o interlúdio romântico.
- Arrume-se para sentir-se bem. Ficar rodando pela casa de robe o dia inteiro, toda descabelada, é de deprimir qualquer um. Tomar uma ducha antes de o marido sair pela manhã (talvez você não tenha outra oportunidade); pentear-se; se você tem o hábito de se pintar, convém fazê-lo. Compre uma roupa nova e bonita (lavável, naturalmente) que lhe sirva agora e que possa ser usada também à medida que você perde peso.
- Saia de casa. Vá passear com o bebê, ou sem ele, se alguém se dispuser a tomar conta dele. Os exercícios ajudam

a afugentar a depressão e a livrar-se das gordurinhas do pós-parto que podem contribuir para o estado depressivo.

- Se parecer bom compartilhar a tristeza, procure outras mamães como você e conte-lhes a respeito. Se você não tiver nenhuma amiga na mesma condição, faça novas amizades. Pergunte ao pediatra sobre outras mamães vizinhas, ou entre em contato com as ex-colegas de pré-natal. Organize um chá puerperal. Ou freqüente sessões de ginástica para puérperas.

- Quando a tristeza for do tipo que vai embora sozinha, convém procurar a solidão. Embora a depressão costume nutrir-se sozinha, alguns especialistas acham que a variedade puerperal não é desse tipo. Se sair com amigos ótimos ou receber visitas agradáveis agrava o estado depressivo, convém evitá-los. Não convém, entretanto, evitar o marido. A comunicação no puerpério imediato é vital para ambos. (Os maridos também são suscetíveis à depressão puerperal, e talvez o seu precise tanto de você quanto você dele.)

A depressão puerperal de maior gravidade que pode requerer atendimento profissional é raríssima — menos de 1 caso em 1.000. Quando a depressão persistir por mais de duas semanas e se acompanhar de insônia, falta de apetite, um sentimento de desesperança e de inutilidade — até acompanhada de ímpeto suicida ou de sentimentos violentos ou agressivos em relação ao bebê —, é preciso recorrer ao aconselhamento imediato.

"Sinto-me ótima, desde a hora do parto há três semanas. Será que esse sentimento maravilhoso vai acabar num caso terrível de abatimento?"

É um fato lamentável que os sentimentos positivos não recebam a mesma atenção que os negativos. Não faltam artigos nas revistas e jornais, nem capítulos em livros, dedicados aos 50% das puérperas que padecem da depressão no pós-parto; mas pouco ou quase nada há a respeito das outras 50% que se sentem ótimas depois do parto.

A depressão é comum, mas não é uma condição obrigatória no puerpério. E não há por que achar que já que está alegre você vai cair em seguida numa profunda depressão. Como a maioria dos casos de depressão se manifesta na primeira semana após o parto, é quase certo que você já tenha escapado da crise. E para ter certeza de que não irá cair nela (ou para preveni-la na próxima gestação), convém seguir as sugestões arroladas nos parágrafos anteriores.

O fato de que você não esteja sofrendo de depressão puerperal, contudo, não significa que a família tenha escapado do problema completamente. As pesquisas mostram que embora os novos papais dificilmente fiquem deprimidos quando as esposas estão, o risco de caírem em depressão nesse período aumenta muito quando a nova mamãe se sente maravilhosa. Assim, veja se o seu marido não está deprimido. E se ele estiver, use algumas das dicas da p. 446 para ajudá-lo. Se a depressão dele persistir, ou se for tão intensa que possa interferir no seu trabalho ou noutras atividades, então faça-o procurar ajuda profissional.

RETORNO AO PESO E À FORMA ANTERIORES À GRAVIDEZ

"Sabia que não ia poder usar biquíni logo depois do parto, mas já se passou uma semana e parece que estou com uma barriga de seis meses."

Embora o parto produza um declínio ponderal com mais rapidez que qualquer dieta de emagrecimento rápido (em média se perdem uns 5 quilos ao parto), para a maioria das mulheres essa queda ponderal não parece rápida o suficiente. Sobretudo depois de se olharem num relance ao espelho — parece que você ainda está grávida. Felizmente, porém, em um mês a maioria consegue voltar a usar as mesmas roupas de antes.

Naturalmente a rapidez desse emagrecimento vai depender dos quilos a mais que você tenha adquirido ao longo da gestação. As que engordaram 10 quilos ou menos devem ser capazes de, sem dieta, retornar ao peso anterior ao cabo do segundo mês. Outras verificarão que o parto não afina, como num passe de mágica, os quadris e as coxas adquiridos graças aos excessos e abusos durante a gestação. Mas a adesão à Dieta Ideal no Aleitamento (p. 441) para quem estiver amamentando (ou com menos 500 calorias para quem não estiver)[1] vai permitir que você trilhe o caminho de volta ao peso normal, emagrecendo lenta e gradualmente. As não-nutrizes, depois das primeiras seis semanas, podem seguir alguma dieta de emagrecimento satisfatória, balanceada, de preferência sob orientação médica. As nutrizes com depósitos consideráveis de gordura podem reduzir o aporte calórico para emagrecer sem deixarem de produzir leite. Os quilos a mais em geral desaparecerão depois do desmame.

Readquirir a antiga forma é um problema mesmo para as que não engordaram muito. Ninguém deixa a sala de parto mais esbelta do que entrou. O abdome protuberante, volumoso, no puerpério se deve em parte ainda ao útero crescido, que só retornará às dimensões pré-gestatórias por volta das seis semanas, acompanhando-se de uma redução abdominal. (A involução uterina pode ser acompanhada: é só aprender, com o médico ou com a enfermeira, a palpar o útero na barriga. Quando não for mais possível palpá-lo, ele já terá se alojado no interior da pelve.) Outro motivo do abdome volumoso está nos líquidos retidos, cerca de uns dois quilos que serão eliminados em alguns dias, após o parto. Mas o restante do problema está na distensão dos músculos abdominais e da pele, que poderão permanecer caídos se não se fizer qualquer esforço para restaurá-los — através de exercícios. (Ver Readquirindo a Forma, p. 456.)

LEITE MATERNO

"Será que tudo o que como, uebo ou tomo sai no leite? Posso estar prejudicando o bebê?"

Nutrir o bebê fora do útero não demanda uma vida tão espartana quanto nutri-lo dentro dele. Mas durante o aleitamento algumas restrições ao que entra deverão assegurar uma melhor nutrição do bebê.

A composição lipídico-protéico-glicídica básica do leite humano não depende do que a mãe come. Se a mãe não ingerir calorias e proteínas suficientes para produzir leite, as reservas do corpo serão utilizadas para alimentar o bebê — até se esgotarem. Certas deficiências vitamínicas na dieta da mãe, contudo, decerto vão interferir no teor vitamírico do leite. Assim como os excessos de outras vitaminas. Uma ampla variedade de substâncias, de medicamentos a condimentos, pode também aparecer no leite, com resultados variáveis.

Para garantir um leite seguro e sadio convém:

[1] Embora você não vá precisar das calorias e dos outros nutrientes do leite depois da gestação e do aleitamento, atualmente se recomenda que todas as mulheres ingiram 1.200 mg de cálcio por dia, se necessário com uso de suplemento.

- Seguir a Dieta Ideal no Aleitamento (p. 441).

- Evitar os alimentos a que o bebê pareça sensível. Alho, cebola, repolho e chocolate são agressores comuns, causando gases incômodos em alguns bebês, mas não em todos. Os lactentes com palato sensível podem mostrar desagrado a temperos fortes.

- Tomar vitaminas com fórmulas propícias às gestantes ou às nutrizes. Não fazer uso de outras vitaminas sem aconselhamento médico.

- Não fumar. Muitas das substâncias tóxicas do tabaco adentram a corrente sangüínea e acabam chegando ao leite. (Além disso, fumar perto do bebê é causa de problemas respiratórios para ele, e pode estar vinculado à síndrome da morte súbita no recém-nascido.)

- Não fazer uso de medicamentos e nem de drogas (agora o álcool em quantidade moderada) sem consultar o médico. Todos os fármacos, na grande maioria, passam para o leite, e mesmo em posologia pequena podem ser prejudiciais para o lactente pequeno. (Particularmente perigosos são: os antitireoidianos, os anti-hipertensivos, os antineoplásicos contra o câncer; as penicilinas;[1] os narcóticos — a heroína, a metadona, os narcoanalgésicos; a maconha e a cocaína; os tranqüilizantes, barbitúricos e sedativos; o lítio; os hormônios — a pílula anticoncepcional; o iodo radioativo; os brometos.) Não raro existem substitutos seguros para esses medicamentos; ou então é possível suspender a medicação durante o período do aleitamento. (É preciso que o médico, ao prescrever qualquer medicação, saiba que você está amamentando.)

- Evitar o álcool por completo, e só beber um drinque esporadicamente. O consumo diário de bebida alcoólica pode deixar o bebê tonto, deprimir-lhe o sistema nervoso e desacelerar o desenvolvimento motor.

- Restringir o consumo de café. Uma xícara de café ou de chá por dia provavelmente não vai afetar o bebê. Seis xícaras poderão deixá-lo irrequieto.

- Não usar laxantes para regularizar as funções intestinais (alguns têm efeito laxativo sobre o bebê); aumentar as fibras da dieta.

- Tomar aspirina ou afins só por recomendação médica, e nunca acima da posologia recomendada.

- Evitar o excesso de substâncias químicas nos alimentos ingeridos, e optar por alimentos mais naturais. Ler os rótulos para evitar aqueles com mais substâncias químicas sintéticas. Evitar a sacarina, já que passa para o leite e que causa câncer em pesquisas feitas em animais. O aspartame, por outro lado, parece só passar para o leite em pequena quantidade e parece ser de uso seguro. Mas certifique-se de que os alimentos com aspartame não estejam cheios de outras substâncias químicas.

- Minimizar a ingestão de pesticidas incidentais. Embora um certo resíduo seja inevitável na dieta (nas frutas, por exemplo) e, portanto, no seu leite, não se provou que seja prejudicial ao lactente. Não obstante, apesar de não se justificar a histeria quanto à possível contaminação do leite de peito, con-

[1] A exposição a penicilina nessa fase precoce poderá provocar no bebê sensibilidade, ou alergia, à droga.

vêm evitar ao extremo a exposição do bebê aos pesticidas. Lave bem as hortaliças e as frutas com água e detergente; coma laticínios com baixo teor de gordura, carnes magras, aves sem pele, pouca quantidade de vísceras. (Os pesticidas ingeridos pelos animais se depositam na gordura e na pele.)

- Evitar os peixes de água doce, que podem estar contaminados. (As mesmas normas para o consumo de peixes e de frutos do mar que se aplicam às gestantes servem para as nutrizes; ver p. 164.)

CONVALESCENÇA DA CESARIANA

"Estou voltando para casa, uma semana depois de uma cesariana. Como vai ser?"

Necessidade de ajuda. A contratação dos serviços de alguém durante a primeira semana é a melhor opção, mas, quando não for possível, é preciso recorrer à ajuda do marido, da mãe ou de outro parente. Convém não levantar peso (inclusive o bebê) e não se atirar aos afazeres domésticos, ao menos durante a primeira semana. Se houver necessidade de suspender o bebê, levante-o a partir do nível da cintura, para que só sejam usados os braços, e não o abdome. Curvar-se ao nível dos joelhos, não da cintura.

Muito pouca ou nenhuma dor. Mal, em caso de dor mais acentuada, tomar um analgésico brando. Não fazer uso de medicação, no entanto, se estiver amamentando; só com receita médica.

Melhora progressiva. A cicatriz vai se mostrar dolorosa e sensível por algumas semanas. Um curativo pequeno vai protegê-la da irritação. O uso de roupas largas se revela mais confortável. Breves puxões, espasmos e outras sensações mais ou menos dolorosas na região cicatricial normalmente fazem parte do processo e acabam desaparecendo. Pode sobreviver prurido (coceira). Já a dormência do abdome em volta da cicatriz vai durar mais tempo, possivelmente alguns meses. O encaroçamento do tecido cicatricial provavelmente se reduzirá (salvo quando a pessoa tem propensão a esse tipo de cicatriz) — a cicatriz poderá se mostrar rosada ou roxa antes de por fim esvanecer.

Em caso de dor persistente, se a região ao redor da incisão se mostrar muito vermelha ou se uma secreção castanha, cinzenta, verde ou amarela sair dela, chame o médico. Pode ter-se infectado. (Uma pequena eliminação de líquido claro pode ser normal, mas convém mesmo assim notificar o médico.)

Esperar pelo menos quatro semanas para retornar à atividade sexual. Dependendo da evolução cicatricial e do retorno da cérvice à normalidade, o médico vai recomendar a abstenção sexual (coito) por quatro a seis semanas (embora outras formas de relacionamento sexual sejam decerto permissíveis). Ver p. 452 para algumas dicas que facilitam o relacionamento sexual no puerpério. Por acaso, as chances de maior conforto durante a relação sexual são mais prováveis para as mulheres que fizeram o parto por cesariana que para as outras.

Dar início aos exercícios assim que não haja mais dor. Como o tônus perineal provavelmente não foi comprometido, poderá não haver necessidade dos exercícios de Kegel (embora estes possam ser benéficos a todos). Concentrar-se nos que fortalecem a musculatura abdominal. (Ver Readquirindo a Forma, p. 456.) Fazê-los lenta e constantemente; aderir a um programa gradualmente, e prosseguir fazendo-os todos os dias. Vo-

:ê vai levar meses para readquirir a antiga forma.

RETORNO À ATIVIDADE SEXUAL

"O médico disse para eu esperar seis semanas antes de fazer sexo. As amigas dizem que isso não é necessário."

É bem mais seguro pressupor que o médico esteja mais ciente da sua condição clínica do que as amigas. A restrição visa ao melhor para a paciente, levando em consideração o tipo de trabalho de parto e o parto realizado, se houve ou não necessidade de episiotomia, e a velocidade da cicatrização e da recuperação. Alguns médicos naturalmente recomendam as seis semanas como rotina para todas as puérperas, independente de sua condição. Se for esse o caso, e cresce a vontade de fazer sexo, pergunte ao médico se dá para fugir à regra dessa vez. Só será possível se a cérvice tiver cicatrizado e se não houver mais lóquios. E, por questão de conforto, talvez convenha esperar até que a relação não cause mais incômodo na região perineal.

Se o pedido for negado, convém seguir o conselho médico. Esperar seis semanas não dói (ao menos não fisicamente).

FALTA DE INTERESSE EM SEXO

"Desde que o bebê nasceu simplesmente perdi o interesse por sexo."

Sexo requer energia, concentração e tempo — elementos particularmente exíguos na vida dos novos papais. A libido — da mulher e do marido — terá de competir regularmente com as noites insones, com os dias exaustivos, com as fraldas sujas, e com a demanda interminável da criança. O corpo ainda está se recuperando do trauma do parto; os hormônios estão voltando ao equilíbrio. Os temores (de dor, de causar alguma lesão interna, de não ser a mesma, de ficar grávida em seguida) atormentam a puérpera. Quem amamenta talvez esteja inconscientemente satisfazendo as necessidades sexuais. Ou talvez o sexo estimule desagradável expressão de leite. No todo, não surpreende — e é perfeitamente normal — que o apetite sexual, não importa quão voraz fosse antes, se ache suprimido temporariamente. (Por outro lado, algumas mulheres sentem fortes impulsos sexuais nesse período, sobretudo no puerpério imediato, quando há intumescimento da região genital.)

Se o problema for a falta de interesse, há muitas formas de retomar à atividade sexual prazerosa. Qual delas porém vai servir ao caso é coisa que depende da mulher, do marido e dos problemas existentes:

Fazer do tempo um aliado. Leva ao menos seis semanas para que o corpo se recupere, às vezes mais — sobretudo quando foi parto difícil, seja vaginal, seja por cesariana. O equilíbrio hormonal só se verificará quando reiniciar a menstruação, o que, no caso do aleitamento, poderá levar muitos meses. É preciso não sentir a obrigação de fazer sexo quando o médico der sinal verde, caso a mulher ainda não se sinta bem, emocional ou fisicamente. E, ao fazê-lo, começar devagar, ficando só nas carícias, nos afagos, mas sem penetração.

Não esmorecer por causa da dor. Muitas mulheres se surpreendem e se decepcionam ao descobrirem que a relação sexual no puerpério pode doer realmente. Em caso de episiotomia ou de ferida lacerada, o desconforto (de intensidade muito variável) poderá persistir por semanas, até meses, mesmo depois da ci-

atrização dos pontos de sutura. A dor urante a relação também pode ocorrer, mbora possivelmente menos intensa, inda (quando houve preservação perineal — mesmo em caso de operação cesariana. Até a dor desaparecer, é possível minimizá-la seguindo as recomendações do quadro abaixo, Facilitando a Volta à Atividade Sexual.

Buscar formas alternativas de gratificação. Se a relação ainda for desagradável, buscar a satisfação sexual mediante a masturbação mútua. Ou, se o cansaço ainda for muito intenso para chegar ao orgasmo, encontrar prazer em ficar só junto ao companheiro: não há nada de errado em ficarem os dois juntos, deitados, se acariciando, se beijando, e contando histórias da carochinha.

Criar expectativas realistas. Não insistir em orgasmos simultâneos das primeiras vezes. Algumas mulheres que costumeiramente tinham facilidade para o orgasmo simplesmente não os têm durante várias semanas, ou até por mais tempo. Com amor e paciência, o sexo voltará a dar satisfação plena — às vezes maior do que antes.

Harmonizar a vida sexual com a vida junto ao bebê. Agora não são mais só os dois, são três: você não pode mais fazer sexo quando e onde quiser. Vocês passam a fazer quando puderem (por exemplo, às três horas da tarde de sábado, enquanto o bebê tira uma soneca), ou então planejam com uma certa antecedência. Não imaginar que o sexo sem espontaneidade não vai ser divertido, prazeroso. É melhor aguardar com ansiedade a hora do amor (afinal, às oito o bebê vai estar dormindo — dá para esperar!). Aceitar as interrupções — serão muitas — com senso de humor, e tentar recomeçar de onde pararam assim que possível. Caso o sexo se torne menos freqüente do que antes, batalhar pela qualidade, e não pela quantidade.

Não ser perfeccionista. A exaustão do pós-parto é natural; é desgastante tornar-se mãe e tornar-se pai. Mas uma parcela desse desgaste é desnecessária, muitas vezes decorrente do esforço para tudo se fazer ainda muito cedo. Convém vez ou outra não tirar o pó da casa. Usar hortaliças cozidas, e não frescas. Desprezar na limpeza alguns cantos para que, oca-

Facilitando a Volta à Atividade Sexual

Lubrificar. O declínio hormonal durante o puerpério (que na nutriz só poderá se normalizar depois do desmame, parcial ou completo) é capaz de ressecar a vagina, trazendo incômodo. Usar creme lubrificante até que retornem as secreções naturais.

Medicar-se, quando necessário. O médico poderá prescrever um creme estrogênico para reduzir a dor, espontânea ou ao toque.

Inebriar-se. Não embebedar-se, naturalmente (já que álcool em demasia pode interferir na satisfação e no desempenho sexual), e se você estiver amamentando pode ser prejudicial ao bebê, mas desfrutar de um copo de vinho com o marido antes do sexo, para ajudar no relaxamento físico e emocional. O álcool também ajuda a aliviar a dor, o medo da dor, e o medo dele de machucá-la. Ou use outras técnicas de relaxamento para acabar com o medo.

Variar as posições. De lado e com a mulher por cima são posições que permitem maior controle na penetração e menos pressão sobre o local da episiotomia. É preciso experimentar para ver qual a que mais lhe convém.

sionalmente, se tenha energia para o sexo.

Comunicação. O bom relacionamento sexual é erigido sobre a confiança mútua, a compreensão e a comunicação. Se, por exemplo, a mãe uma noite se acha muito envolvida na maternidade para se sentir sexualmente atraente, não convém sair com a desculpa da dor de cabeça. Você deve ser franca. O marido, participante da paternidade desde a concepção, provavelmente compreenderá. Se a relação se mostrar dolorosa, você não será mártir. Explicar o que faz doer, o que não faz, o que seria conveniente adiar até outra ocasião.

Não se preocupar. Apesar do que você esteja sentindo no momento, a vida amorosa voltará, com a mesma paixão e o mesmo prazer de sempre. (Ademais, como a paternidade costuma aproximar muito o casal, é possível que a chama não só se reacenda como se mostre mais flamejante do que nunca.) Preocupações pelo momento só farão comprometer desnecessariamente o relacionamento sexual.

ENGRAVIDAR NOVAMENTE

"Eu achava que a amamentação me impediria de engravidar de novo. Mas ouvi dizer que se pode mesmo engravidar, até antes de a menstruação retornar."

O quanto confiar na amamentação como recurso anticoncepcional depende do que significaria engravidar tão em seguida. Para a maioria, gestações muito próximas, com um intervalo de meses, não parece atender os preceitos do perfeito planejamento familiar. Nesse caso, você não irá repousar inteira confiança no aleitamento como forma de anticoncepção.

É verdade que as nutrizes, em média, só voltam a menstruar normalmente bem depois das que não amamentam. Estas costumam ficar menstruadas quatro a oito semanas depois do parto; as nutrizes só o ficam em geral três a quatro meses depois. Via de regra, entretanto, esses prazos médios não são de muita confiança. Há nutrizes que menstruam já nas primeiras seis semanas de puerpério, e outras, só 18 meses depois. O problema está em não ser possível prever quando a menstruação retornará, embora diversas variáveis interfiram no processo. A freqüência das mamadas (mais de três vezes ao dia parece suprimir melhor a ovulação), a duração do aleitamento (quanto mais prolongado, mais tardia a ovulação), o uso ou não de complementação às mamadas (as mamadeiras, as refeições sólidas, a ingestão de água parecem interferir no efeito anovulatório do aleitamento), são todos alguns exemplos.

Por que se preocupar com a concepção antes do primeiro período menstrual? Porque o momento da primeira ovulação depois do parto é tão imprevisível quanto o da menstruação. Algumas mulheres passam por um primeiro ciclo estéril; ou seja, não ovulam durante aquele ciclo. Outras não: passam de uma gestação para outra sem sequer terem ficado menstruadas. Como a mulher não sabe o que vem primeiro, se a regra ou o ovo, é altamente recomendável a cautela quanto ao método anticoncepcional a empregar.

Naturalmente os acidentes acontecem. A ciência médica ainda não desenvolveu um método contraceptivo (com a possível exceção da esterilização) que seja 100% eficaz. Portanto, mesmo em uso de anticoncepcional — sobretudo se você não estiver usando — a gravidez é ainda uma possibilidade. Infelizmente, o primeiro sintoma de gestação que você costumeiramente procuraria (ausência da menstruação) não será aparente se você

esteve amamentando e não menstruava. Mas por causa das alterações hormonais (há diferentes conjuntos de hormônios em operação durante a gravidez e a lactação), a quantidade de leite provavelmente diminuirá bastante depois de estabelecida nova gravidez. Você poderá, além disso, experimentar todos os outros sintomas de gravidez (ver p. 31). Naturalmente, se você tiver qualquer suspeita, a melhor coisa a fazer é consultar logo o médico. Como é virtualmente impossível nutrir bem ao mesmo tempo um recém-nascido e um feto em desenvolvimento, recomenda-se que a amamentação seja suspensa durante a nova gravidez.

QUEDA DE CABELOS

"Parece que de repente vou ficar careca."

Não precisa comprar peruca. Esta queda de cabelos é normal e vai se deter antes de chegar a calvície. Corriqueiramente caem da cabeça cerca de 100 fios de cabelo por dia, que são repostos continuamente. Durante a gestação (ou quando se faz uso de pílula), a modificação hormonal acentua a queda de cabelos. Mas é apenas temporária. Os cabelos estão predestinados a voltar e voltarão — em questão de três a seis meses depois do parto (ou depois de você parar de tomar a pílula). Algumas mulheres que amamentam notam que a queda de cabelos só começa depois do desmame ou quando complementam o aleitamento com fórmula ou sólidos.

Para manter o cabelo sadio, siga a Dieta Ideal do Puerpério, continue com a complementação vitamínica da gravidez, e trate bem dos cabelos. Isso significa lavá-los só quando necessário, usar condicionador para evitar desemaranhá-los, usar pente de dentes largos se tiver de desembaraçá-los, e evitar a aplicação de calor (secadores etc.). Talvez seja boa idéia adiar os permanentes, a pintura dos cabelos, e outros tratamentos até que as suas tranças pareçam ter voltado ao normal.

Só porque você perdeu um pouco de cabelo depois da gravidez não quer dizer que irá perder mais na próxima. A reação do seu corpo a cada gravidez, como logo descobrirá, pode ser muito diferente.

BANHOS DE BANHEIRA

"Não sei se posso ou não tomar banhos de banheira no puerpério. Eles fazem mal?"

Há tempos, não se permitia que a mulher no pós-parto imediato sequer metesse os pés numa banheira — era coisa só para depois de um mês de parto porque, dizia-se, a água do banho causava infecção. Hoje, como se sabe que a água parada da banheira não adentra na vagina, a infecção em decorrência do banho deixou de ser ameaça. Alguns médicos chegam a recomendar o banho de banheira no hospital, quando existe banheira, por julgarem que ajuda na remoção dos lóquios do períneo — e de dentro das pregas dos lábios — de forma mais eficiente do que o banho de chuveiro. Além disso, a água morna traz conforto para a região perineal no local de uma episiotomia, alivia a inflamação e o edema e também possíveis hemorróidas.

Contudo, talvez o obstetra prefira que a puérpera se abstenha desse tipo de banho até chegar em casa, ou por mais tempo ainda. Se você estiver ansiosa por banhar-se (sobretudo se você não tem chuveiro em casa), convém falar com o médico para que a libere para tal.

O banho na primeira ou na segunda semana depois do parto só deve ser tomado em banheira meticulosamente limpa, antes de enchê-la. (Desde que seja outra pessoa que a limpe.) É também

preciso ajuda nos primeiros dias de sopreparto ao entrar e ao sair dela, quando você ainda está enfraquecida.

EXAUSTÃO

"Já faz dois meses que tive o bebê, mas continuo me sentindo exaustada. Será que estou doente?"

A queixa de fadiga crônica e importante é comum no puerpério — a pessoa se convence de que está sofrendo de algum mal incurável. Mas invariavelmente vem o diagnóstico: caso clássico de maternidade.

Rara é a mãe que escapa a essa síndrome de fadiga maternal, que se caracteriza por um cansaço que parece nunca acabar e por uma falta quase absoluta de energia. E não é de causar espanto. Não há tarefa mais extenuante em termos físicos e emocionais do que a de ser mãe. A sobrecarga e as pressões não se limitam a oito horas por dia como na maioria dos empregos — e apenas por cinco dias na semana. (Leve-se em conta que as mães não dispõem de hora de almoço e de pausa para o cafezinho.) A maternidade para as primíparas sempre acarreta também o estresse inerente a qualquer novo emprego: há sempre algo para aprender, erros a serem cometidos, problemas a resolver. Se tudo isso não bastar para gerar sintomas, considere-se a energia despendida no aleitamento, a força gasta em ficar às voltas com o bebê e com toda aquela parafernália, e as noites e noites insones.

O médico vai ajudar a esclarecer que não há causa física para a exaustão. Nada havendo de anormal, é preciso que a mamãe se tranqüilize: à medida que o bebê vai se acostumando a dormir a noite inteira, a fadiga vai cedendo gradualmente. Depois de o corpo se habituar também às novas lides, as energias se recuperam um pouco. Nesse ínterim, convém experimentar as sugestões para aliviar a depressão do puerpério (p. 446), que se acha intimamente vinculada à fadiga.

O QUE É IMPORTANTE SABER: READQUIRINDO A FORMA

Uma coisa é aparentar seis meses de gravidez quando você está com seis meses de gravidez, e coisa bem diferente é aparentá-los depois de parir. Entretanto, as mulheres na grande maioria não deixam a sala de parto muito mais esbeltas do que quando ali entraram — com uma pequena camada de gordura circundando-lhes os braços e uma pilha de camadas volteando-lhes a cintura. Assim como as saias, fininhas, empilhadas com tanto otimismo para usar quando voltasse para casa, as camadas de gordura continuarão empilhadas, tendo no *jeans* da maternidade o deprimente substituto.

Quando a nova mamãe vai deixar de parecer uma futura mamãe? Dentro de uns poucos meses, se praticar os exercícios necessários.

"E quem precisa de exercícios?", talvez você se pergunte. "Estou em movimento perpétuo desde que vim do hospital. Isso não conta?"

Lamentavelmente, não muito. Exaustivo como de fato é, esse tipo de atividade não fortalece as musculaturas perineal e abdominal comprometidas pe-

gestação. O que conta realmente vão os exercícios.

O programa de ginástica pode começar já nas 24 horas do pós-parto. Mas preciso não se exceder. O programa escrito a seguir se destina às que tiveram parto vaginal. Se o parto foi traumático ou cirúrgico, é melhor discutir com o médico antes de começar.

REGRAS ELEMENTARES

Sempre começar cada sessão com os exercícios menos extenuantes, a título de aquecimento.

As sessões devem ser breves e freqüentes — nunca uma única e longa sessão por dia (porque você estará assim tonificando melhor a musculatura).

Se você dispuser de tempo e de fato gostar de ginástica, recomenda-se participar de sessões em grupo de ginástica para puérperas. Caso contrário, os exercícios indicados, praticados com regularidade, propiciarão também a reaquisição da forma, sobretudo quando voltados diretamente para as regiões mais comprometidas — abdome, coxas, nádegas etc.

Praticar os exercícios vagarosamente — nunca fazê-los em seqüência rápida sem pausa para a devida recuperação.

Repousar um pouco entre os exercícios (a restauração muscular se dá durante o repouso, não durante o movimento).

Não fazer mais do que o recomendado, mesmo que você consiga.

Encerrar a sessão antes de sobrevir o cansaço: quem se excede só irá perceber o excesso no dia seguinte — quando então será impossível fazer exercícios.

- Não deixar que as lides de mãe a façam descurar das lides pessoais que visem ao restabelecimento da forma — o bebê vai adorar ficar sobre o seu peito durante os exercícios.

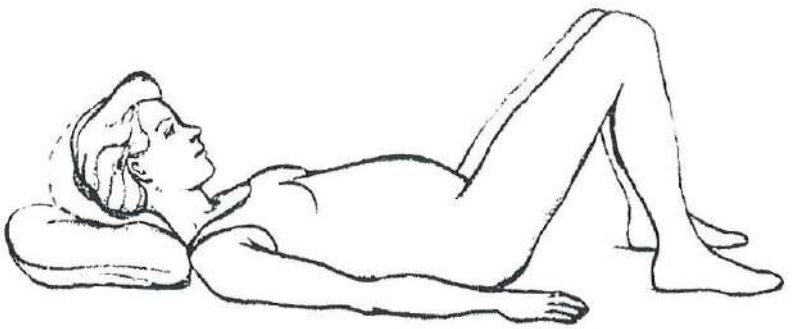
- Não fazer certos exercícios de flexão — trazer os joelhos até o peito, de flexão completa (tipo senta-levanta) ou de elevação das duas pernas — nas seis semanas imediatas ao parto.

Os exercícios de Kegel podem ser feitos em qualquer posição confortável. Todos os outros são feitos na posição básica: deitada de costas, joelhos dobrados, pés um pouco afastados (30 cm), solas no chão; cabeça e ombros apoiados por almofadas, braços em repouso estirados ao lado (ver p. 225). Os primeiros exercícios podem ser feitos na cama; os outros devem ser feitos em superfície mais dura, no chão, por exemplo. (Uma esteira ou colchão para exercícios é um bom investimento porque o bebê pode tentar engatinhar nela pela primeira vez depois.)

PRIMEIRA FASE: 24 HORAS DEPOIS DO PARTO

Exercícios de Kegel. Eles podem ser iniciados imediatamente após o parto, embora talvez você não se sinta apta a fazê-los a princípio. (Ver p. 225 para instruções.) Podem ser feitos na cama, ou no bidê. Ou ainda durante a micção — contrair para deter o jato de urina, em seguida relaxar, deixando-o fluir. Repetir várias vezes. À medida que os músculos readquirem a tonicidade, você conseguirá só deixar escapar algumas gotas de urina entre as repetições.

Elevação da Cabeça



Posição básica. Inspirar profundamente e então elevar a cabeça bem devagar, expirando. Abaixar a cabeça devagar, e inspirar. Elevá-la um pouco mais a cada dia, forçejando gradualmente para elevar um pouco os ombros do chão. Não tentar abdominais completos durante pelo menos três ou quatro semanas — e mesmo assim só se você sempre possuir excelente tonicidade da musculatura abdominal.

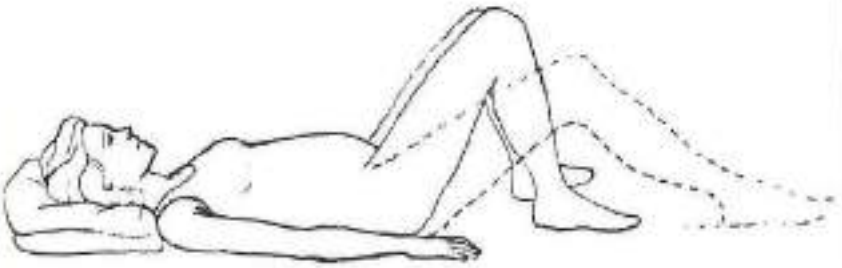
Respiração diafragmática profunda. Na mesma posição, colocar as mãos sobre o abdome para sentir o movimento respiratório enquanto enche os pulmões de ar, vagarosamente; contrair a musculatura abdominal enquanto expira lentamente pela boca. Começar fazendo só duas ou três inspirações profundas para prevenir a hiperventilação. (Sinais de excesso são tonteiras ou desmaio, formigamento, ou visão turva. Ver p. 337 a respeito da hiperventilação.)

SEGUNDA FASE: TRÊS DIAS APÓS O PARTO

Três dias depois do parto, os exercícios podem ser mais completos. Mas só se houver certeza de que os dois músculos verticais do abdome — os retos do abdome — não se separaram durante a gestação. Bastante comum, sobretudo em mulheres que tiveram vários filhos, esta separação (ou diástase) será agravada se incidir na região qualquer esforço, mesmo leve, antes da cura do problema. Pergunte à enfermeira ou ao médico sobre a condição desses músculos ou examine-os da seguinte maneira: ao deitar na posição básica, elevar a cabeça um pouco com os braços estendidos para a frente; procurar, palpando, uma saliência mole abaixo do umbigo. A saliência indica a separação.

A diástase pode ser melhorada através do seguinte exercício: deitar na posição básica e inspirar. Cruzar então as mãos sobre o abdome usando os dedos para aproximar os músculos ao expirar elevando vagarosamente a cabeça. Inspirar ao abaixar a cabeça também vagarosamente. Repetir 3 ou 4 vezes, 2 vezes ao dia. Fechada a abertura entre os retos, ou caso nunca ela tenha existido, prosseguir com os exercícios aqui apre-

Extensão das Pernas



Posição básica. Estender vagarosamente as pernas, até se acharem completamente esticadas no chão. Arrastar o pé direito, com a sola junto ao chão, de volta às nádegas. Manter bem as costas junto ao chão. Esticar novamente a perna. Repetir o exercício com o pé esquerdo. Começar com três ou quatro deslizamentos de cada lado, e aumentar gradualmente até conseguir fazer 12 ou mais confortavelmente. Depois de três semanas passar para um exercício modificado de elevação da perna (elevar uma perna de cada vez, afastando-a um pouco do chão, depois baixando-a novamente, bem devagar). Mas só o faça se não causar incômodo.

sentados: elevação da cabeça, extensão das pernas e inclinação pélvica.

Inclinação pélvica (ver ilustração, p. 227). Deitada de costas, na posição básica. Ao inspirar, comprimir o chão com a parte estreita baixa das costas, retesando e elevando a coluna. Expirar e relaxar. Repetir 3 ou 4 vezes para começar; aumentar gradualmente para 12 e depois para 24.

TERCEIRA FASE: DEPOIS DO *CHECKUP* PUERPERAL

Agora, com a permissão do médico, você poderá começar um programa mais vigoroso de exercícios. Poderá gradualmente voltar a caminhar, a correr (*jogging*), a nadar, à ginástica aeróbica, a andar de bicicleta etc. Mas não se exceda. O melhor é seguir a orientação de instrutor profissional.

O programa de exercícios no pós-parto propiciará outros resultados além de reduzir a barriga e de tornar a fortalecer o períneo. Os exercícios perineais ajudam a evitar a incontinência urinária (dificuldade de reter a urina), queda (prolapso) dos órgãos pélvicos e muitas dificuldades na atividade sexual. Os exercícios abdominais vão reduzir o risco de dor nas costas, varizes, câibras nas pernas, edema e formação de coágulos nas veias (trombos), além de melhorarem a circulação. Os exercícios regulares promovem também o restabelecimento das musculaturas uterina, abdominal e pélvica traumatizadas, acelerando-lhes o retorno da tonicidade e mitigando o maior enfraquecimento que a inatividade proporcionaria. Além disso, quando bem planejados, ajudam as articulações vinculadas à gestação e ao parto a retornarem à normalidade, prevenindo maior enfraquecimento e distensão. Por fim, os exercícios muitas vezes causam benefícios psicológicos (é só perguntar a qualquer corredor), melhorando a capacidade de enfrentar o estresse e auxiliando a relaxar — além de reduzir as chances da depressão do puerpério.

20

O Pai Também Engravida

As futuras mamães e os futuros papais partilham não apenas das alegrias da gestação, do parto e da criação dos filhos: partilham também das preocupações, que costumam se misturar, ser as de um e de outro ao mesmo tempo. Contudo, os pais costumam também ter algumas preocupações próprias — e que requerem uma renovação muito especial da confiança, não só durante a gestação e o parto, mas também durante o período puerperal.

Eis a razão de ser deste capítulo — dedicado àquele que tem igual participação na reprodução, mas que tantas vezes é negligenciado. Todavia, não se destina aos olhos do pai exclusivamente — não mais do que o restante do livro, que também não se destina exclusivamente às gestantes. Lendo-os, a gestante talvez consiga uma compreensão imediata dos sentimentos, temores e esperanças do marido. O pai talvez consiga um melhor entendimento das modificações físicas e emocionais pelas quais passa a mulher durante a gravidez, o parto e o puerpério, enquanto, ao mesmo tempo, prepara-se melhor para o seu papel no romance que está se desdobrando.

As Preocupações Comuns

SENTIMENTO DE ABANDONO

"Tantos têm sido os atenções para com minha mulher desde que ela engravidou que é difícil eu achar que tenho alguma coisa a ver comigo."

Nas gerações do passado, o comprometimento masculino no processo reprodutivo terminava assim que o esperma fertilizava o óvulo da mulher. Os futuros pais observavam a gravidez a distância, e do parto nem chegavam perto.

Grandes progressos se fizeram sentir na última década em relação aos direitos dos pais. No entanto, a reeducação social não modificou o fato de a gestação ocorrer dentro do corpo da mãe. Nem o fato de que alguns pais se perdem numa confusão que ainda em grande medida é só da mulher. Nem o de que acabam sendo esquecidos, abandonados — até enciumados das esposas.

Às vezes a mulher inadvertidamente é a responsável, noutras, o homem. De qualquer forma, é fundamental que os sentimentos do pai sejam resolvidos antes que cresçam os ressentimentos e que se desperdice a experiência que deveria

ser uma das mais extraordinárias na vida de *ambos*. O melhor para conseguir essa meta é o pai envolver-se com a gestação o mais que puder:

Ir ao obstetra. O de sua mulher — e sempre que ela for, se possível. Os obstetras, na maioria, encorajam a presença do marido nas consultas mensais. Se o horário não permitir que você acompanhe sua mulher todos os meses, talvez seja possível só comparecer a algumas (quando o batimento cardíaco fetal será ouvido pela primeira vez, por exemplo) e aos exames feitos no pré-natal (especialmente o ultra-som, quando você pode ver o bebê).

Agir como se estivesse grávido. Não precisa ir trabalhar com roupas de gestante e nem começar a beber meio litro de leite por dia. Mas você pode acompanhar os exercícios gestacionais com sua mulher; desistir das refeições pouco nutritivas durante os nove meses; deixar de fumar, se for o caso. E, quando alguém oferecer um drinque, recusar: "Não, obrigado, estamos grávidos."

Educar-se. Até mesmo os Ph.Ds de Harvard têm muito que aprender quando vêm a gravidez e o parto. Ler sobre o assunto o mais que você puder. Acompanhar a esposa ao curso preparatório para o parto; freqüentar um curso para pais, se houver um disponível em sua comunidade.

Conversar com amigos que se tornaram pais recentemente.

Estabelecer contato com o bebê. A mãe pode ter a vantagem de conhecer o bebê no pré-natal porque ele se encontra lá, confortavelmente abrigado no útero, mas isso não significa que você não possa começar a conhecer o novo membro da família também. Fale, leia ou cante para o seu bebê com freqüência: ele pode ouvir agora a sua voz, e a reconhecerá depois do parto. Desfrute dos chutes e das contorções do bebê, colocando a mão ou o rosto junto ao abdome despido de sua esposa à noite — é uma bela forma de partilhar da intimidade com ela, também.

Sair para providenciar o enxoval do recém-nascido. Comprar o berço, o carrinho. Ajudar a esposa a decorar o quarto do bebê. De um modo geral, participar ativamente das escolhas, dos planos e dos preparativos para a chegada do bebê.

Falar abertamente. Talvez sua mulher o esteja abandonando sem nenhuma intenção — talvez nem saiba que o pai gostaria de se envolver mais. É muito provável que ela fique feliz em vê-lo participar da gestação.

RECEIO DO SEXO

"Mesmo tendo o médico nos garantido que o sexo é seguro durante a gestação, muitas vezes encontro dificuldade em prosseguir com receio de machucar minha mulher ou o bebê."

Não há situação em que se exija tanto controle mental sobre o sexo — por parte de ambos os cônjuges — quanto durante a gestação, sobretudo quando esta se adianta e o psiquismo (e a libido) é obrigado a confrontar-se com uma questão de vulto: o ventre grávido em expansão e seu precioso conteúdo.

Felizmente, é possível dar repouso às atividades psíquicas e desfrutar da situação. Por mais vulneráveis que possam parecer a mãe e o feto ao pai ansioso ao contemplar a hipótese do coito, na gravidez normal, de baixo risco, nenhum dos dois é vulnerável. (Cumpre só observar algumas advertências, particularmente nos últimos dois meses, pormenorizadas à p. 199, Fazendo Sexo Durante a Gravidez.)

Fazer sexo com a gestante não só não faz mal a ela (desde que se observem as advertências) como também lhe fará muitíssimo bem — pois a gravidez é época de grande intimidade emocional e física. O bebê, embora basicamente alheio a todo o evento, talvez seja apaziguado pelo delicado movimento oscilante da relação e do útero ao se contrair durante o orgasmo.

MAU HUMOR

"Desde de confirmada a gravidez, parece que começamos a oscilar de humor em direções opostas. Quando ela se sente bem, eu me sinto mal, e vice-versa."

Um maior número de pesquisas recentes tem se centrado no pai "grávido" porque é cada vez mais evidente que, embora ele não carregue o feto, pode experimentar muitos dos sintomas pré-natais que são comuns à gestante. A depressão, durante a gravidez e o puerpério, é um desses sintomas. Embora em cerca de 1 entre 10 casos os dois pais sucumbam à depressão ao mesmo tempo, em geral a depressão só ocorre em um de cada vez. Isso talvez ocorra porque os sinais de depressão num ser que amamos nos dá força interior para nos colocarmos acima dos nossos sentimentos e darmos apoio.

Você não precisa se preocupar com a depressão da gravidez — é comum e costuma desaparecer espontaneamente — mas você deve procurar mitigá-la. Mantenha-se ativo e procure não ceder aos sentimentos negativos; fale sobre esses sentimentos com a esposa (se ela se interessar em ouvir), com um amigo que recentemente se tornou pai; evite o álcool e outros medicamentos, que possam agravar a depressão e as oscilações de humor; e prepare-se para o bebê mental e praticamente (participando das compras, pintando o quarto, reorganizando as finanças etc.). Você também pode tentar algumas outras dicas recomendadas às mães com depressão pré-natal (ver p. 137). Se nada funcionar, e a depressão se agravar e começar a interferir em seu trabalho ou noutras esferas da vida, então busque auxílio profissional — de um religioso, de um médico, de um psicoterapeuta, de um psiquiatra.

IMPACIÊNCIA COM AS OSCILAÇÕES DE HUMOR DE SUA MULHER

"Sei que são as alterações hormonais em minha mulher que a tornam tão chorosa e instável. Mas não sei por quanto tempo mais vou ter paciência."

Se a paciência é uma virtude, o futuro papai terá de ser muito virtuoso pelo resto da gestação da mulher. Embora a estabilização dos níveis hormonais por volta do quarto mês suavize a acentuada melancolia e o pronunciado mau humor, como se a gestante se achasse sempre num período pré-menstrual, os estresses da gestação persistem. E muitas mulheres continuam sujeitas a repentinas crises emocionais e ao sentimento de vulnerabilidade à medida que se aproxima o parto. Sem dúvida não vai ser fácil, às vezes poderá parecer até impossível. Mas há pouca dúvida de que os esforços valem o sacrifício. As irritações, quando tratadas com compreensão, se dissipam mais depressa do que quando tratadas com ódio e frustração; o ombro oferecido à sua mulher para que chore durante quinze minutos *não* terá de suportar de uma vez o peso de toda a ansiedade retida há dias e dias.

Tentar lembrar que a gestação *não* é uma condição permanente e que as alterações do estado emocional da mulher são transitórias, assim como as alterações da sua forma física.

Conscientizar-se, além disso, de que a depressão pós-parto também pode afligir os pais e que essas mesmas dicas poderão ajudá-lo a livrar-se da depressão.

SINTOMAS POR AFINIDADE

"Se é a minha mulher que está grávida, por que sou eu que tenho náuseas matinais?"

Talvez o marido se encontre entre os 11% a 65% (conforme a pesquisa consultada) dos que sofrem da "síndrome de incubação" (*couvade sindrome*, dos franceses) durante a gestação da mulher. Os sintomas costumam surgir no terceiro mês e depois por ocasião do parto, sendo capazes de simular todos os sintomas normais da gestação — náusea e vômito, dores abdominais, alterações de apetite, ganho ponderal, desejos alimentares, constipação, cãibras nas pernas, tontei'a, fadiga e oscilações de humor.

São muitas as teorias para explicá-la — pode ser que alguma explique o caso do leitor (ou todas elas): afinidade ou identificação com a gestante; ciúmes de ser abandonado, resultantes do desejo de atenção; culpa de ser responsável por ter colocado a mulher nessa situação incômoda; o estresse de conviver com uma mulher que vai se tornando irritadiça, temperamental e talvez até arredia sexualmente; e ansiedade em vista do iminente aumento da família.

Naturalmente os sintomas também podem significar alguma enfermidade, sendo boa idéia ir ao médico. No entanto, se o exame não revelar causa física, o diagnóstico provável passa a ser o da síndrome de incubação. A causa latente, se for identificada, poderá ser o caminho da cura. Por exemplo, se são os ciúmes, um maior envolvimento com a gestação de sua mulher poderá curar a náusea matinal. Se for a ansiedade antecipada porque você vai cuidar de um bebê pela primeira vez, fazer um curso de puericultura, ler *Meu Filho, Meu Tesouro**, do Dr. Benjamin Spock, ou mesmo passar algum tempo com o bebê de um amigo poderá ser de grande utilidade.

Mesmo quando você identificar qualquer causa, a simples conversa com sua mulher a respeito da gestação, do parto e da paternidade poderá trazer alívio às dores. O mesmo ocorrerá ao conversar com outros futuros papais no curso de pré-natal. Se nada disso ajudar, cumpre tranqüilizar-se; as reações apresentadas são normais: todos os sintomas desaparecerão logo depois do parto.

Igualmente normal, decerto, é o pai que não passa por um único dia de mal-estar durante a gestação da mulher. Não padecer de náuseas matinais ou não sentir qualquer peso nas costas não significa que o futuro papai não empatize e não se identifique com sua mulher.

ANSIEDADE A RESPEITO DA SAÚDE DE SUA MULHER

"Sei que a gestação e o parto são seguros hoje em dia, mas mesmo assim continuo achando que alguma coisa poderá acontecer à minha mulher."

A gestação cria uma inegável vulnerabilidade à mulher — e também é inegável e muito natural que todo marido mais carinhoso queira protegê-la de qualquer possível mal. Mas o marido pode relaxar. Sua mulher praticamente não corre nenhum perigo. Raríssimas vezes as mulheres morrem por causa da gestação ou do parto — e a grande maioria

*Publicado no Brasil pela Editora Record.

das que morrem não foi beneficiada por um tratamento pré-natal ou uma alimentação adequada.

Mas embora a gestação não imponha uma séria ameaça física à mulher, o marido ainda pode ajudar a torná-la mais segura e uma experiência menos incômoda para ela: assegurando-lhe o melhor atendimento médico possível e a melhor dieta possível (ver o Capítulo 4); deixando-a repousar mais e fazendo as vezes de dona de casa: lavando a roupa, fazendo o jantar, limpando a casa; dando-lhe o apoio emocional que ela não irá encontrar em nenhuma outra pessoa (por maiores que sejam os progressos em obstetrícia, as gestantes sempre serão *emocionalmente* vulneráveis).

ANSIEDADE A RESPEITO DA SAÚDE DO BEBÊ

"Tenho tanto medo de que aconteça alguma coisa errada com o bebê que não consigo nem dormir à noite."

As futuras mamães não são as únicas que enfrentam preocupações durante a gestação. Como elas, praticamente todos os futuros papais se preocupam com a saúde do concepto, com o seu bem-estar. Felizmente, quase todas as preocupações não têm fundamento. São muito grandes as chances de o bebê nascer vivo e completamente normal — bem maiores do que para as gerações passadas.

Felizmente, também, você não tem apenas de ficar sentado e esperando pelo melhor. Você pode fazer alguma coisa para assegurar a boa saúde do bebê:

- Cuide para que a sua esposa receba o devido atendimento médico desde o início da gestação; cuide para que ela cumpra com as consultas marcadas e para que siga as prescrições do médico.

- Estimule-a a seguir a Dieta Ideal, que ajudará a assegurar a saúde do bebê. Se você seguir com ela a dieta, não só ela se manterá provavelmente mais fiel à orientação, mas você ganhará também os benefícios de uma saúde melhor.

- Certifique-se de que ela se abstenha de bebidas alcoólicas, de medicamentos e de cigarro. As pesquisas mostram que para ajudá-la nisso o melhor é abster-se também, pelo menos enquanto estiver com ela. Se achar que isso é um grande sacrifício, considere todos os sacrifícios que ela está fazendo para ter o bebê.

- Reduza o mais que puder o estresse físico e emocional de sua esposa. Ajude-a com a casa. Faça algumas das tarefas que tradicionalmente foram dela. Encoraje-a a reduzir o ritmo de trabalho se ela for muito ativa. Se a agenda social for muito intensa, veja se você elimina alguns compromissos para que os dois fiquem algumas noites em casa, relaxando. Se funcionar para os dois, tente fazer com ela alguns exercícios de relaxamento (ver p. 147).

- Familiarize-se com os sinais de possíveis problemas durante a gravidez (ver p. 151), e o puerpério (p. 429). Se sua esposa parece apresentar alguns destes sintomas, tome as medidas necessárias rapidamente. Se preciso, telefone você mesmo para o médico ou leve-a a um pronto-socorro. Ela pode estar muito constrangida ou muito doente para fazer isso por conta própria.

- Divida os seus receios com a sua esposa, e deixe-a partilhar dos dela com você. Isso ajudará a aliviá-los, a ambos, ou pelo menos tornará o fardo das preocupações mais fácil de carregar.

Naturalmente, mesmo as estatísticas mais tranqüilizadoras e as melhores medidas preventivas não conseguirão banir todas as suas preocupações; só mesmo o nascimento de um bebê sadio. Mas o conhecimento de que se está fazendo todo o possível com vistas a este fim tornará a espera — e o sono — um pouco mais fácil.

ANSIEDADE PERANTE AS MUDANÇAS DA VIDA

"Desde que o vi numa sonografia, fico antecipando o nascimento de nosso filho. Mas também me preocupo se gostarei de ser pai."

Você é provavelmente todo aquele que foi pai pela primeira vez na história. Pelo menos tanto quanto a mãe (ou possivelmente mais do que ela) o futuro pai se preocupa com a paternidade iminente e sobre o efeito que terá em sua vida. As áreas mais comuns de preocupação englobam:

Poderei arcar com uma família maior? Especialmente hoje, em que os custos com a educação dos filhos chegam a um teto (como são os custos para manter ou ampliar o teto), muitos futuros pais perdem o sono com essa questão tão legítima. Mas depois que vem o bebê, muitas vezes descobrem que a mudança de prioridades gera o dinheiro necessário para o recém-nascido. Optando pela amamentação ao peito em detrimento da mamadeira, aceitando toda roupa usada que é oferecida (as roupas novas vão parecer gastas depois de alguns episódios de regurgitação, de qualquer forma), deixando os amigos e a família saber quais os presentes de que vocês realmente necessitam em vez de permitir que encham as prateleiras do bebê com colheres de prata e outras bugigangas. Tudo isso ajudará a reduzir os custos do novo membro da família. Se a nova mamãe planeja não retornar ao trabalho imediatamente e isso o preocupa do ponto de vista financeiro, admita que em comparação ao custo do atendimento de qualidade em creche, um guarda-roupa com trajes apropriados para o trabalho, e o transporte, a perda de rendimentos pode realmente ser mínima.

Serei um bom pai? Poucos são os que nascem bons pais (ou mães, dá no mesmo). Aprendem a ser bons pais na prática, através do treinamento, da persistência e do amor. Mas se você prefere preparar-se para a tarefa, para ficar mais à vontade, existem cursos para os futuros papais: aprendem a trocar fraldas, dar banho, alimentar, segurar o filho no colo, vesti-lo, e a brincar com o bebê. Caso não disponha de um curso desses, ou se tem uma sede irresistível por esse preparo, mergulhe numa pilha de livros sobre o atendimento da criança.

Como dividirei os cuidados com a criança? Essa não era uma questão que se apresentava aos pais de uma ou duas gerações atrás, quando cuidar dos filhos era largamente considerado uma tarefa da mulher. Mas os pais de hoje, na maioria, estão cientes em certa medida de que a tarefa é função de duas pessoas (pelo menos quando há dois pais), embora não estejam exatamente certos de como fazer a divisão do trabalho. Não espere até o bebê precisar da sua primeira fralda à meia-noite ou do seu primeiro banho para decidir a questão. Comecem a combinar agora. Alguns pormenores podem se modificar depois que vocês começarem a agir como pais (ela comprometeu-se em trocar as fraldas, mas você se revelou mais proficiente no assunto), mas a exploração teórica das opções agora deixará vocês mais confiantes quanto ao funcionamento do atendimento à criança depois.

Vamos ter de abrir mão de nossa vida social? Vocês não terão de abrir mão inteiramente da sua vida social depois que o bebê nascer, mas ela deverá se modificar um pouco — pelo menos se os dois planejam ser participantes ativos na paternidade. Um novo bebê ocupa, e deve ocupar, o centro do palco, obrigando a que se deixe de lado alguns velhos hábitos, pelo menos temporariamente. Festas, cinemas, e *shows* talvez tenham de ser comprimidos entre as refeições; o jantar a dois no restaurante preferido talvez fique menos freqüente, passando-se a ir mais a restaurantes "família" que toleram bebês contorcionistas. Os amigos podem mudar também; os casais sem filhos podem de repente ter pouco em comum com vocês e talvez vocês comecem a gravitar em torno dos que empurram carrinhos em busca de companhia mais empática.

Nosso relacionamento pessoal vai se modificar? Todos passam por alguma modificação no relacionamento depois do primeiro filho. E antecipar essa mudança durante a gestação é um primeiro passo importante para enfrentar o puerpério. Para os dois ficarem sozinhos juntos não basta mais fechar as cortinas e tirar o telefone do gancho; desde o momento em que o bebê vem do hospital, a intimidade espontânea e a privacidade completa será uma coisa muito preciosa e muitas vezes inatingível. O romance talvez tenha de ser planejado (durante duas horas a vovó leva o filhinho para passear pelo parque, por exemplo) e não mais ficará ao sabor do momento. As interrupções podem ser regra (vocês não podem tirar o bebê fora do gancho). Mas enquanto vocês se esforçarem para criar tempo um para o outro — o que significa deixar de ver TV para que possam jantar a sós depois que o bebê dormiu, ou desistir de um passeio com os amigos no sábado à tarde para que possam fazer sexo durante a soneca do bebê — o relacionamento acomodará bem as mudanças. Muitos casais, com efeito, descobrem que a formação de um trio muitas vezes aprofunda as relações; fortalece e melhora a relação a dois.

A APARÊNCIA DE SUA MULHER

"Por mais trivial que possa parecer, receio que minha mulher venha a ficar gorda e flácida com a gravidez e que permaneça assim depois."

Se fosse de interesse obstétrico que a mulher engordasse 20 quilos com a gravidez, o marido (e todos os maridos que têm a mesma preocupação) não teria opção, naturalmente, a não ser aceitar a gordura e a flacidez como o preço de um bebê sadio. Mas esse ganho de peso com calorias inúteis não se justifica em termos médicos — e é capaz, inclusive, de levar a complicações desnecessárias durante a gravidez e o parto. O aumento ponderal moderado, constante e com supervisão cuidadosa, em torno de 11 a 15 quilos, adquirido através de uma dieta altamente nutritiva, é o que cria as melhores chances de um bebê sadio e de um parto seguro — e de um retorno mais acelerado ao peso normal depois do parto. (Ver a Dieta Ideal, p. 109; Ganho Ponderal, p. 182.)

Rigor na dieta, mesmo que só por duas semanas, não é coisa fácil. E durante os nove meses chega a beirar o impossível, a menos que da pessoa tenha apoio, a compreensão e a assistência dos que lhe são próximos. No caso de sua mulher, o mais próximo é você. Não só muitos maridos deixam de dar esse tipo de auxílio às mulheres como também inadvertidamente sabotam os seus esforços. São os maridos, mais do que qualquer outra pessoa, que minam, solapam os esforços dietéticos das mulheres — ora trazendo tentações para casa, ora pedindo-as em restaurantes, ora ainda

oferecendo-as diretamente às mulheres. (Ora! Um pedacinho só não faz mal!)

Com as sugestões dadas a seguir, você estará capacitado a tornar-se o principal aliado de sua mulher na campanha para ganhar peso moderadamente e para comer com equilíbrio durante a gestação — além de proteger o seu interesse pessoal (uma mulher esbelta):

Não faça a sua mulher cair em tentação. Se você sentir vontade de comer fora da dieta, faça-o fora de casa, longe de sua mulher. Não se há de esperar que a mulher fique feliz comendo carnes magras, hortaliças e frutas frescas enquanto se devora um enorme hambúrguer com fritas e depois se toma um gigantesco sorvete.

Praticar o que você prega à sua mulher. O que é bom para a galinha e os pintinhos também é bom para o galo. Seguir a Dieta Ideal (admitindo porém que você não vai precisar de tanta proteína e de tanto cálcio) não só apóia a mulher mas provavelmente também beneficiará a sua própria saúde.

Não pregar demais. Se sua mulher escorregar, a repreensão só a fará escorregar mais e mais. Advertir lembrando, não censurando. Estimular-lhe a consciência, mas não tentar sê-la. Advertí-la em público com delicadeza, nunca com grosseria, fazendo todos ao redor perceberem a asneira que ela cometeu ao pedir frango à francesa. Sobretudo faze-lo com senso de humor e com muito amor.

Acentuar o que for positivo. Não há nada que solape mais a força de vontade do que um ego titubeante, hesitante. Assim logre o seu intento estimulando-lhe o ânimo, elogiando a barriguinha, comentando como a gravidez lhe assenta bem.

Fazer os exercícios com a sua mulher. É muito melhor dois dançando do que um sozinho — ou dois se exercitando durante a gestação. Os exercícios durante a gravidez não servem apenas para manter sua mulher (e você) em forma, mas para facilitar-lhe o trabalho de parto e o parto.

O MARIDO PROSTRADO DURANTE O TRABALHO DE PARTO

"Acho que vou desmaiar ou passar mal durante o parto."

São poucos os pais que entram sem medo na sala de parto. Mesmo os obstetras que assistiram a milhares de partos de outras gestantes podem passar por um momento de perda repentina da confiança em si mesmos quando se vêem diante do nascimento de seu próprio filho.

No entanto, poucos são os receios que se concretizam — o de ficar paralisado, ficar arrasado, desmaiar ou enjoar ao assistir o parto. E embora a devida preparação (participando do pré-natal, por exemplo) em geral torne a vivência mais gratificante, mesmo os mais despreparados acompanham o trabalho de parto e o parto melhor do que seria de se esperar. Uma pesquisa sobre pais que assistiram ao nascimento dos filhos sem preparação prévia revelou que, embora 70% imaginassem que o parto seria uma experiência assustadora, desagradável ou negativa, todos a descreveram depois em termos muito positivos.

Mas como tudo o que é novo e estranho, a preparação ajuda a tirar a conotação assustadora e intimidante a respeito do parto. Convém que o homem se especialize no assunto. Ler todo o capítulo sobre o trabalho de parte e o parto, que começa na p. 330. Freqüentar com a mulher o pré-natal, vendo os filmes sobre parto e trabalho de parto com

os olhos bem abertos. Visitar o hospital com antecedência para se familiarizar com o equipamento usado na sala de parto. Conversar com os amigos que tenham passado recentemente pela mesma experiência. É provável que você descubra que eles passaram pela mesma ansiedade mas que acabaram absorvendo muito bem a experiência.

Embora sejam importantes as sessões do pré-natal, convém lembrar que o parto não é nenhuma espécie de prova final do curso freqüentado. Não ache que você tem de ter uma atitude perfeita durante o parto (como acontece com algumas mulheres). As enfermeiras e os médicos não estarão avaliando todos os seus movimentos ou comparando o seu desempenho com o do pai do quarto ao lado. Mais ainda: nem a sua mulher o estará observando. Ela não vai se importar se você tiver esquecido todas as instruções recebidas no curso. Estar ao lado dela, segurar-lhe a mão, confortá-la com o seu rosto familiar trará melhores resultados do que se ao redor dela estiver toda uma junta médica.

"Preferia não assistir ao parto, mas me sinto obrigado a estar presente."

O simples fato de a praxe hoje ditar que os papais estejam presentes ao parto não significa que a presença seja obrigatória. As pesquisas mostram que os pais ausentes do parto não têm um relacionamento menos significativo com os filhos do que os que o presenciam; da mesma forma, os pais que não têm contato com o filho logo após o nascimento não parecem tornar-se pais menos carinhosos. O importante é que o marido faça o que for melhor para si e para a mulher. Se não lhe parecer bom estar presente ao nascimento do filho, seja por que motivo for, será provavelmente melhor, para todos os envolvidos no nascimento do bebê, que você se ausente. Ignore os que fizerem pressão em contrário, recriminando-o pela atitude. Cumpre lembrar: o número de papais que *não* assistiram ao nascimento dos filhos é bem maior do que o dos que *assistiram* — e isso sem qualquer efeito prejudicial.

No entanto, isso não quer dizer que assistir ao parto não seja uma experiência que vale a pena ou que a ele não se deva comparecer sem maiores considerações. Embora seja importante que a decisão seja tomada sem a interferência de outras pessoas, é igualmente importante que o pai se decida antes do minuto final. Participe de todos os preparativos: acompanhando as consultas do pré-natal, as sessões do curso, lendo bastante. Muitos papais hesitantes descobrem que a familiarização com o trabalho de parto e o parto traz uma nova perspectiva, que os tranqüiliza e lhes permite assistir ao parto e dele participar.

Outros, no entanto, acabam decidindo que seria contraproducente para si mesmos e para as mulheres assistir ao parto. Outros ainda decidem tentar acompanhar o trabalho de parto e um pouco antes ou durante o parto descobrem que deviam ter ficado de fora. Deve-se ter liberdade para seguir os próprios instintos, sabendo que tal conduta não interferirá absolutamente na capacidade de assumir a paternidade.

"O parto de minha mulher será cirúrgico. O hospital não permite a presença dos pais à operação, e por isso desconfio de que nossa família não vai ter um bom começo."

Quando você toma uma decisão e depois descobre que não cabia a você tomá-la (como no caso da cesariana em hospital que não permite a presença do pai), não convém desistir sem lutar civilizadamente. Com o apoio do obstetra de sua mulher (se o apoio vier), tente convencer a direção do hospital a atender o pedido. (Sempre é bom lembrá-los de que a maioria dos hospitais hoje per-

mite a presença do pai em partos cirúrgicos não-emergenciais.) Se a campanha não for bem-sucedida (ou se o parto feito às pressas impedir a presença do pai), o pai tem todo o direito de ficar desapontado. Mas não deixe o desapontamento tomar conta de você e macular a alegria que cercará o nascimento do bebê. Sua ausência no parto só ameaçará o seu relacionamento com o bebê se você deixar, fomentando os sentimentos de culpa, ressentimento ou frustração.

VÍNCULO PAI/FILHO

"No último minuto minha mulher teve de se submeter a uma cesariana e não me deixaram ficar com ela. Durante as 24 horas seguintes, não pude segurar o bebê, e receio não ter criado qualquer vínculo com ele."

Até o início da década passada, poucos eram os pais que testemunhavam o nascimento dos filhos, e, como a expressão "vínculo pai/filho" só surgiu no decênio de 70, ninguém sequer suspeitava da possibilidade de estabelecer um vínculo imediato com a prole, logo ao nascer. Mas essa falta de esclarecimento não impediu o desenvolvimento de um relacionamento amoroso entre pais e filhos ou filhas. Em contrapartida, o pai que assiste ao nascimento do filho e tem um contato físico com ele de imediato não está garantindo automaticamente um bom relacionamento íntimo futuro com a sua prole.

Estar junto de sua mulher à hora do parto é ideal, e ser privado dessa oportunidade é motivo de desapontamento — sobretudo quando você passou meses em preparativos para o evento. Mas não é motivo para se esperar um relacionamento menos perfeito com o bebê. O que de fato cria o vínculo entre pai e filho é o contato amoroso diário — trocando as fraldas, dando o banho, a mamadeira, embalando, acalentando. O bebê nunca saberá se o pai esteve presente ou não ao nascimento, mas saberá da ausência do pai se este não se fizer presente doravante.

EXCLUSÃO DURANTE O ALEITAMENTO

"Minha mulher está amamentando. Há uma intimidade entre ela e o bebê de que parece não compartilhar. Sinto-me excluído."

Há certos aspectos biológicos imutáveis da maternidade que excluem o pai: ele não engravida, não passa pelo trabalho de parto, tampouco pelo parto, e não amamenta. Todavia, conforme descobrem milhões de novos papais todos os anos, não há por que ficarem relegados a um segundo plano, como meros espectadores, por causa de suas limitações físicas naturais. Você pode compartilhar de todas as alegrias, expectativas, tentativas e atribulações da gestação, do trabalho de parto e do parto de sua mulher — do primeiro chute ao último esforço expulsivo — como participante ativo, de apoio. E embora você nunca venha a poder dar de mamar ao bebê (ao menos não com a espécie de resultado que o bebê espera), você *pode* participar do processo de alimentação:

Seja o pai nutrício complementar. São várias as maneiras de se alimentar um bebê. E embora você não possa amamentar, pode ser um dos que lhe darão as mamadeiras suplementares. Não só dá uma folga à sua mulher (seja no meio da noite, seja no meio do jantar) como dá oportunidade para uma maior intimidade com o bebê. Não desperdice a oportunidade empurrando a mamadeira boca do bebê adentro. Assuma a postura da nutriz, e, com a mamadeira na posição do seio materno, aconchegue o bebê pera junto de você.

Só durma a noite inteira quando o bebê o fizer. Partilhar as alegrias da amamentação também significa partilhar as noites insones. Mesmo que não tenha de dar mamadeiras à guisa de complemento, você pode participar dos rituais noturnos de alimentação: tirar o bebê do berço, fazer a troca de fraldas, levá-lo para a mamada e colocá-lo de volta ao berço depois de ter adormecido.

Observar com admiração e apreciar. Pode advir uma enorme satisfação só em observar o milagre da amamentação — como acontece quando se observa o milagre do nascimento. Em vez de você se sentir excluído, sinta-se um privilegiado por poder testemunhar o amor que passa entre a mãe e o bebê quando ela amamenta.

Participar de todos os demais rituais diários. A amamentação é a *única* tarefa diária que só cabe à mãe. E se você tomar para si a responsabilidade de pelo menos uma outra dessas tarefas (ou quantas seja possível), estará tão ocupado que não terá tempo para sentir ciúmes.

PERDA DO APETITE SEXUAL DEPOIS DO PARTO

"Ver o parto foi presenciar um verdadeiro milagre. Mas ver o bebê saindo pela vagina de minha mulher parece que me esfriou sexualmente."

A resposta sexual humana, em comparação com a de outros animais, é sumamente delicada. Acha-se subordinada não só ao corpo mas também ao psiquismo. E o nosso psiquismo, às vezes, compromete impiedosamente essa resposta, essa reação. Uma dessas ocasiões, como o pai provavelmente já terá percebido, é durante a gestação. Outra, que talvez o pai esteja percebendo agora, é durante o puerpério.

É bem possível que a sua repentina ambivalência sexual nada tenha a ver com o fato de você ter assistido ao parto. Os recém-papais, na grande maioria, acham tanto o espírito quanto a carne bem menos atraentes depois do parto (embora nada haja de anormal com os que não acham), por razões perfeitamente compreensíveis: fadiga, sobretudo quando o bebê ainda não dorme durante a noite; o constrangimento de ter uma terceira pessoa em casa; medo de que o bebê acorde chorando já na primeira carícia (sobretudo quando dorme no mesmo quarto); medo de machucar a mulher ainda não plenamente recuperada do parto; e, por fim, uma preocupação geral, física e mental, com o recém-nascido, que faz sensivelmente com que concentremos as energias naquilo que é mais necessário nessa fase da vida.

Em outras palavras, justifica-se que o pai não se sinta sexualmente motivado, sobretudo quando a mulher também não se sente, nem física nem emocionalmente (como costuma ocorrer no pós-parto imediato). Quanto tempo levará para que a motivação retorne em ambos é impossível prever. Como em todos os temas sexuais, os limites da "normalidade" são muito amplos. Para alguns casais, a premência em fazer sexo se manifestará antes das seis semanas de abstinência recomendadas pelo médico. Para outros, poderão transcorrer seis meses até que o amor e o bebê comecem a ter uma coexistência harmoniosa. (Algumas mulheres percebem a falta de desejo até o fim do aleitamento, o que não significa que não possam desfrutar da intimidade do sexo com o homem que amam.)

Alguns pais, mesmo que preparados para a experiência do parto, saem achando que o seu "território" foi "violado", que aquele lugar especial feito para o amor foi repentinamente ocupado para

atender uma mera finalidade prática. Mas, com o passar dos dias, esse sentimento também costuma passar. O pai começa a perceber que a vagina tem duas funções, igualmente importantes e miraculosas. Uma não exclui a outra, e são na verdade bastante inter-relacionadas. Passa também a admitir que a vagina é o veículo para o parto só por um período muito breve, enquanto é fonte de prazer para ele e para a mulher pela vida toda.

Se o apetite sexual não retornar e a sua ausência começar a provocar tensão, provavelmente vai ser necessário o aconselhamento profissional.

"Antes do bebê, os seios de minha mulher eram o centro de prazer sexual — para nós dois. Agora que ela está amamentando, parece que só servem para isso, e não mais para o sexo."

Como a vagina, as mamas foram feitas para atender uma finalidade prática e outra sexual (que, do ponto de vista estritamente da procriação, também é prática). E não obstante essas duas finalidades não sejam mutuamente exclusivas, podem conflitar-se temporariamente durante a lactação.

Alguns casais descobrem na amamentação uma fonte de estímulos sexuais. Outros, por razões estéticas (o extravasamento de leite, por exemplo) ou pelo constrangimento em usar a fonte de nutrição do bebê como fonte de prazer sexual, vêem-na como desestímulo definitivo.

O que quer que o motive ou que o desmotive, é o que é normal ao seu caso. Se os seios de sua mulher deixaram de ser atraentes como fonte de prazer, não insista para que voltem a sê-lo. Deixe-os fora da esfera sexual por enquanto, com a certeza de que tudo se normalizará depois que o bebê desmamar. Procure, contudo, ser franco e sincero com sua mulher; não colocar mais repentinamente, inexplicadamente, a mão nos seios poderá fazê-la sentir-se pouco atraente. Tenha o cuidado também de não criar ressentimentos com o bebê por estar usando os "seus" seios; ao contrário, olhe para a situação como se houvesse feito um "empréstimo" temporário.

21

Preparando-se para os Próximos Filhos

No melhor de todos os mundos possíveis, seríamos capazes de planejar a vida segundo todos os nossos desejos, todos os nossos sonhos. Mas no nosso mundo, onde todos vivemos, os melhores planos sucumbem a toda sorte de imprevistos, a todas as voltas do destino, sobre o qual temos um controle exíguo, mas importantíssimo. Embora o destino nos force a aceitá-lo, temos a obrigação de só aceitar o que de melhor apareça em nosso caminho.

Na melhor de todas as gestações possíveis, haveríamos de saber antecipadamente quando conceber e quando mudar e reajustar o estilo de nossas vidas, para assegurar aos filhos as melhores chances de nascer em condições ideais de vida e de bem-estar. Esse planejamento antecipado é um luxo: muitas mulheres precavidas (ora por alguma irregularidade menstrual, ora por alguma falha do método contraceptivo) nunca o conseguem. Insistimos, no entanto, neste livro, que o que a mulher faz antes de perceber que está grávida (alguns drinques a mais, alguns excessos na alimentação, algumas radiografias dentárias), em geral, pouco interfere na saúde do bebê. Poucas são as que agem como gestantes desde a concepção e, apesar de tudo, a grande maioria dá à luz filhos absolutamente sadios, normais.

Mas seria negligência não esboçar um plano para a melhor de todas as gestações possíveis — porque, à medida que as técnicas de planejamento familiar se tornam mais confiáveis, para um número crescente de mulheres, essa possibilidade existe. O plano serve para quem já está tentando conceber ou para quem está apenas pensando em conceber. Embora nunca seja tarde demais para cuidarmos do corpo, cedo demais também nunca é. E os cuidados pré-gestacionais nunca beneficiam tão somente os filhos: fazem bem aos filhos dos filhos. É preciso agir agora:

Ir ao médico. Você e o seu marido devem procurar um clínico geral ou o médico da família. O exame permitirá a identificação de possíveis problemas que devam ser corrigidos antecipadamente, ou que venham a necessitar de acompanhamento durante a gestação. Também tratar das alergias, de qualquer processo cirúrgico menor, e de tudo o mais que venha sendo adiado. (Se você começar a fazer a dessensibilização alérgica nessa fase, poderá continuar com ela ao conceber.)

r ao dentista. Marque consulta para xame e limpeza completos. Fazer todo tratamento necessário — exame radiológico, obstruções e cirurgia dental ou eriodontal — nessa fase.

Escolher o obstetra e submeter-se a exame pré-gestacional. É mais fácil escolher médico antes da concepção, sem pressa, do que depois da concepção, por ocasião já da primeira consulta pré-natal. Quanto às opções, ver o Capítulo 1.) Mesmo quem der preferência a parteira habilitada deve recorrer também a um ginecologista ou a um clínico de confiança para esse exame a fim de garantir que não terá uma gestação de alto risco.

Se a história médica e o exame físico apontarem para esse potencial de alto risco, você precisará dos cuidados de um obstetra ou mesmo de especialista em medicina maternofetal durante a gestação. Ver na p. 8 para dicas sobre a escolha do profissional.

Corrigir problemas ginecológicos e de saúde. Agora é hora de identificar e tratar condições que possam interferir na gestação: pólipos, cistos, tumores benignos, hiper ou hipotiroidismo, endometriose, infecção urinária de repetição. Se souber ou suspeitar que sua mãe fez uso de dietilestilbestrol (DES) quando estava grávida de você, diga ao médico para que seja feito um bom exame dos órgãos reprodutores — com colposcopia (que permite o exame visual próximo da vagina e da cérvice), se necessário. Se você teve prévio problema de gravidez, como aborto espontâneo ou parto prematuro, discuta as medidas que possam ser tomadas para afastar uma repetição. Mesmo se esteja certa de não ter doença sexualmente transmissível, faça teste para sífilis, gonorréia, clamídia e herpes, inclusive se for necessário. Quando aprovado faça um teste para a AIDS (para vírus da doença), mas providencie aconselhamento no caso improvável do resultado dar positivo.

Outros testes recomendados antes da concepção são a hemoglobina ou o hematócrito (exame para ver se há anemia); o exame de urina (pesquisa de proteína e de açúcar); o PPD (imunidade para a tuberculose); hepatite B (se você estiver em categoria de alto risco, profissional de saúde, por exemplo); e sorologia para a citomegalovirose e varicela (para ver se você é imune a essas doenças). Se algum exame demonstrar problema clínico, busque o tratamento apropriado antes de engravidar.

Se você tem gato ou regularmente come carne crua ou bebe leite não-pasteurizado, também está recomendado o teste para a toxoplasmose. Se for imune, não precisa se preocupar com esse problema agora ou durante a gravidez. Se não for, comece a tomar as precauções indicadas na p. 93.

Não perca de vista o período fértil. As chances de conceber quando se quer são muito maiores quando se mantém relações durante o período fértil do ciclo. Saber exatamente quando se deu a concepção facilita também o cálculo da data provável do parto. Para isso, anote o primeiro dia de cada menstruação num diário ou calendário; também procure observar quando você ovular. A ovulação em geral ocorre no meio do ciclo (no 14º dia de um ciclo de 28 dias, por exemplo), embora isso seja menos fácil de prever quando o ciclo é irregular. Os sinais físicos da ovulação são bastante aparentes para algumas mulheres, mas imperceptíveis para outras (a temperatura do corpo, tomada pela manhã, atinge o ponto mais baixo durante o mês e repentinamente se eleva; o muco vaginal é claro como geléia, e pode ser puxado em fios; a cérvice, normalmente rosada, fica azulada; e você pode experimentar *mittelshmertz* — um breve período de dor de um dos lados das costas).

Se estiver entre as últimas, se parece que está ovulando irregularmente, ou tem dificuldade em conceber, busque orientação do médico.

Atualize as vacinações. Se você não foi vacinada contra o tétano nos últimos dez anos, vacine-se agora. Certifique-se da imunidade contra a rubéola, verificando se teve a doença ou se já foi vacinada. Peça ao médico para fazer o exame apropriado antes de conceber. Se você não for imune, vacine-se e então espere três meses antes de tentar conceber (mas não entre em pânico se acidentalmente engravidar antes — o risco é meramente teórico; ver p. 357). Se você não está imunizada contra o sarampo e nunca teve a doença ou se tem alto risco de contrair hepatite B, talvez seja recomendável que você se vacine agora.

Exame genético. Se qualquer um de vocês dois tiver qualquer distúrbio genético (fibrose cística, síndrome de Down, distrofia muscular, espinha bífida, ou outra anomalia congênita) na sua história pessoal ou entre os parentes consangüíneos, procure um geneticista ou especialista em medicina maternofetal. Deve fazer exame para qualquer doença genética de seu grupo étnico: doença de Tay-Sachs se um de vocês for de origem judaico-européia (asquenazim) ou franco-canadense; traço falcêmico se de origem africana; pesquisa de talassemia se de origem grega, italiana, sul-asiática ou filipina. Prévias dificuldades obstétricas (dois ou mais abortos espontâneos, natimortalidade, longo período de infertilidade, ou criança com anomalia congênita) ou casamento com primo ou outro parente consangüíneo são também razões para o aconselhamento genético.

Avaliar o método contraceptivo em uso. Quem faz uso de método anticoncepcional que possa acarretar algum risco (mesmo que pequeno) para as gestações futuras deve mudá-lo antes de tentar a concepção. As pílulas devem, se possível, ser suspensas vários meses antes da concepção, para que o sistema reprodutor passe ao menos por dois ciclos normais antes. Remover o DIU antes de tentar conceber. Como os riscos dos espermicidas ainda não são conhecidos, haverá maior segurança suspendendo o seu uso (exclusivo ou com o diafragma ou a camisinha) um mês a seis semanas antes de engravidar. Método contraceptivo recomendado nesse interim: a camisinha (usada com cuidado e sem espermicida).

Controle as demais condições médicas. Se você tiver diabetes, asma, doença cardíaca, ou qualquer outra enfermidade crônica, procure obter o aval do médico antes de engravidar, procure manter sob controle a condição antes de conceber, e comece a cuidar-se desde agora (ver Capítulo 16). Se você foi bebê com fenilcetonúria (pergunte a sua mãe, consulte os arquivos médicos) então comece agora uma dieta sem fenilalanina (por pior que seja ao paladar) antes de conceber (ver p. 381) e prossiga durante a gravidez.

Melhorar a dieta. Começar eliminando as refeições ligeiras e pouco nutritivas, os açúcares refinados, aumentando os grãos integrais e as fibras na dieta. Como convém engravidar quando se está o mais próximo possível do peso normal, tentar chegar a ele antes da concepção. Acrescentar ou subtrair as calorias necessárias. (Usar a Dieta Ideal, p. 109, para o planejamento dietético elementar; embora as duas porções a mais de cálcio e de proteína diárias só venham a ser necessárias depois da concepção. Qualquer perda de peso deve ser realizada com cautela, entretanto, mesmo que isso signifique adiar a gestação por mais dois meses. A dieta exagerada pode ocasionar deficiência nutricional, algo que

você não quer ao começar a gravidez. Se você fez alguma dieta radical recentemente, dê a si mesma alguns meses para que o corpo retorne ao equilíbrio antes da concepção.

Se você tem hábitos alimentares incomuns (gosta de goma de roupa, ou argila), sofre ou sofreu de distúrbio alimentar (anorexia nervosa ou bulimia), ou está em dieta especial (macrobiótica, diabética, ou qualquer outra) informe o médico.

Melhorar a dieta do seu marido. Quanto melhor a nutrição do marido, mais sadio será o esperma. A dieta dele deve espelhar a dieta pré-gestacional da mulher, com aporte calórico reajustado ao peso às atividades desenvolvidas pelo marido. Caso ele seja diabético, deve controlar o nível de açúcar do sangue.

Faça uso de complemento vitamínico próprio para a gestante. Algumas pesquisas mostram que o uso de complemento vitamínico gestacional que contenha ácido fólico antes da concepção e nos primeiros meses da gravidez reduz ainda mais o já pequeno risco de se ter bebê com defeito do tubo neural (espinha bífida, por exemplo). Além disso, o complemento garantirá as vitaminas e os sais minerais necessários ao bebê nos primeiros dias de desenvolvimento. Se você estiver em uso de qualquer outro complemento nutricional, entretanto, pare de tomá-lo antes de conceber. Excessos podem ser perigosos.

Fique em forma, mas sem exagero. Um programa de exercícios tonificará e fortalecerá os músculos em preparo para a difícil tarefa de carregar um filho na barriga e depois dar à luz. Também ajuda a perder o peso em excesso. Evite o superaquecimento durante eles, entretanto, quando começar a tentar conceber, já que isso pode levar a um aumento potencialmente prejudicial da temperatura do corpo. Evite os banhos de imersão quentes e a exposição direta a cobertores elétricos pela mesma razão. Tenha em mente também que embora o exercício seja bom para você, pode fazer mal: o exercício em excesso pode interferir na ovulação — e se você não ovular, não poderá conceber.

Evite a exposição desnecessária à radiação. Se os raios X forem necessários por razões médicas, proteja os órgãos reprodutores (a menos que eles sejam o alvo) e que seja usada a menor dose possível. Depois de começar a tentar conceber, lembre-se de que você pode ter tido êxito. Informe qualquer médico que a trate com radiação, ou os técnicos da radiologia, que você pode estar grávida, e peça-lhes para tomarem as precauções necessárias. Só deve ser permitida a exposição radiológica absolutamente necessária para a sua saúde e a do bebê (ver p. 97).

Evite a exposição a substâncias químicas perigosas. Só algumas substâncias químicas, e em geral só as em muito alta dose, são potencialmente perigosas para o esperma do marido e para os óvulos antes da concepção. E depois para o embrião ou feto em desenvolvimento. Embora o risco na maioria dos casos seja pequeno, ambos devem tomar precauções para evitar a exposição perigosa no trabalho. Em certas áreas deve ser redobrado o cuidado (medicina e odontologia, artes, fotografia, transporte, agricultura e jardinagem ou paisagismo, construção civil, cosmetologia, lavanderia a seco, e certos trabalhos em fábricas). Em alguns casos, convém mudar de emprego ou tomar precauções especiais antes de conceber.

Em virtude do elevado teor de chumbo na concepção ser um fator que pode causar problemas ao bebê, você deve submeter-se a exame se houve exposição no local de trabalho ou noutro lugar. Se os níveis forem elevados, os especialistas recomendam a terapia com quelante para remover o chumbo do sangue e de-

pois a redução da exposição antes de se tentar a concepção. Evite também a exposição excessiva a toxinas domésticas (ver p. 98).

Elimine a cafeína. Modere (e gradualmente elimine, se possível) o seu consumo de café, de chá e de refrigerantes cafeinados. Se o fizer agora, se verá livre dos sintomas de abstinência depois que engravidar. Além disso, há evidências recentes de que as mulheres que consomem mais do que uma xícara de café ou o equivalente em outras bebidas cafeinadas (chá ou refrigerantes que contêm cafeína) ao dia têm menos chance de engravidar. Se isso é porque a cafeína tem efeito biológico sobre a fertilidade, ou se ela faz parte do estilo de vida altamente estressante que possa comprometer a chance do casal de conceber não se sabe. Apesar disso, é uma boa idéia eliminá-la.

Limite o consumo de remédios sem receita. Já que a maioria dos medicamentos trazem avisos sobre o seu risco durante a gravidez, consulte o médico antes de tomá-los depois que começar a tentar conceber.

Verifique a segurança de qualquer prescrição médica. Certos medicamentos usados no tratamento de doenças crônicas estão vinculados ao desenvolvimento de anomalias congênitas; se você está em uso de algum medicamento agora, consulte o médico. Os remédios potencialmente prejudiciais devem ser interrompidos pelo menos por um mês (para alguns, por três a seis meses) antes de se tentar conceber, usando-se de tratamento alternativo até que termine a gravidez (ou até o desmame do bebê se a droga ameaçar o lactente durante a amamentação).

Evite as drogas ilícitas. Entre elas estão a cocaína, o *crack*, a maconha, a heroína: todas podem ser perigosas durante a gestação. Impedem a concepção em grau variável, e quando se consegue engravidar, são potencialmente prejudiciais para o feto e também aumentam o risco de aborto espontâneo, de prematuridade e de natimortalidade. Se você usa drogas, casual ou regularmente, deixe de usá-las imediatamente. Se não conseguir parar, procure auxílio (ver Apêndice) antes de tentar conceber.

Faça com que seu marido renuncie às drogas ilícitas e reduza o consumo de álcool. Nem todas as respostas foram esclarecidas, mas as pesquisas começam a revelar que o uso de drogas (inclusive o uso excessivo de álcool) pelo pai antes da concepção pode impedir a concepção ou levar a uma gestação com mau desenlace. Os mecanismos não estão certos, mas as drogas podem aparentemente lesar o esperma ou reduzi-los em número, podem alterar a função testicular e reduzir o nível de testosterona, e são excretadas no sêmen. Se o seu marido não conseguir renunciar à bebida, deve buscar auxílio dos Alcoólicos Anônimos ou tratamento em instituição ou ambulatorial.

Elimine o consumo de álcool. Embora um coquetel diário ou um copo de vinho não sejam prejudiciais na sua fase de preparação para a gravidez, evite beber muito, o que pode interferir na fertilidade ao desorganizar o ciclo menstrual. Ao começar a tentar engravidar, pare de beber por completo (ver p. 83).

Pare de fumar. Os dois. Pesquisas recentes indicam que o tabaco não só é prejudicial à gravidez, mas também pode impedir a concepção por redução da fertilidade tanto do homem quanto da mulher. Um ambiente sem fumaça é o melhor presente de aniversário que você poderia oferecer ao seu bebê.

Relaxe. Talvez seja, de todas, a recomendação mais importante. A tensão e a ansiedade em relação à concepção costumam impedir a gravidez.

Apêndice

OS EXAMES COMUNS FEITOS DURANTE A GESTAÇÃO*

EXAME E QUANDO É FEITO	COMO É FEITO	MOTIVO
Tipo sangüíneo; primeira consulta, salvo quando já conhecido por exame anterior ou por ocasião de gestação prévia	Exame de sangue colhido do braço.	Para determinar o tipo de sangue — sistema ABO e Rh — em caso de haver necessidade de transfusão em algum momento, e para descobrir a possibilidade de incompatibilidade Rh (ver p. 63). Existe ainda um teste para o fator Kell (fator de incompatibilidade, bem mais raro).
Açúcar (glicose) na urina; a cada consulta	Uma vareta, com um indicador, é mergulhada em amostra urinária, acusando a presença de açúcar, se houver.	Embora o aumento esporádico do açúcar seja normal durante a gravidez (ver p. 187), a elevação persistente indicaria hiperglicemia; outros exames permitirão verificar se há diabetes gestacional, que sempre requer dieta e atenção especiais.
Albumina (proteína) na urina; a cada consulta	Um indicador especial, mergulhado na amostra urinária, revela a presença de albumina.	A elevação do teor de albumina pode estar relacionada à toxemia; se o exame rotineiro revelar essa elevação, poderá ser pedido exame de 24 horas.
Bactérias na urina; à primeira consulta	Exame laboratorial de amostra urinária.	Bactérias na urina podem significar maior suscetibilidde a infecção urinária; poder-se-á dar início ao tratamento.

*O obstetra poderá omitir alguns desses exames e pedir outros, depedendo da condição da gestante e da própria opinião profissional.

EXAME E QUANDO É FEITO	COMO É FEITO	MOTIVO
Pressão arterial; a cada consulta	A pressão arterial é medida com o esfigmomanômetro e com o estetoscópio, ou através de aparelho eletrônico.	A elevação pressórica repentina de mais de 30 pontos acima do limite superior (pressão sistólica) ou de mais de 15 pontos acima do limite inferior (pressão diastólica) é indicação de possível complicação, como a pré-eclâmpsia (pp. 240, 396).
Hematócrito ou hemoglobina; à primeira consulta e muitas vezes no quarto mês (sendo repetidos se os valores denunciarem anemia)	O sangue é colhido do braço (ou então é feito em gota de sangue colhida da ponta do dedo).	Os valores se mostram um pouco reduzidos durante a gestação, mas, quando muito baixos, requerem outros exames e tratamento.
Título rubeólico; à primeira consulta	O sangue é retirado do braço e nele se pesquisa o nível de anticorpos anti-rubeólicos.	Titulação elevada indica imunidade à doença; se a paciente não for imune, cumpre evitar a exposição à doença — sobretudo no primeiro trimestre — e vacinar-se antes da próxima gestação.
Esfregaço de Papanicolaou; à primeira consulta	Colhe-se a secreção cervical (do colo uterino, através de exame colposcópico) mediante esfregaço e nela se pesquisa, ao microscópio, a existência de células anormais.	As células anormais, também reveladas em outros exames, podem se tornar malignas, requerendo tratamento.
Teste de tolerância à glicose; quinto mês; em geral, mais cedo e com maior freqüência em diabéticas	Exame de uma série de amostras de sangue, colhida antes e depois da ingestão de glicose.	Níveis anormais de glicose no sangue podem indicar níveis impróprios de insulina e a ocorrência de diabetes.
VDRL: à primeira consulta, às vezes no sétimo ou no oitavo mês	Amostra de sangue é colhida do braço para exame em laboratório.	Permite detectar a sífilis; quando presente, o tratamento imediato previne a lesão fetal.

EXAME E QUANDO É FEITO	COMO É FEITO	MOTIVO
Cultura para gonorréia; à primeira consulta*	Colhe-se com esfregaço a secreção vaginal e faz-se a cultura no laboratório.	Se houver gonococos, o tratamento previne a infecção ocular do bebê ao nascer.
Teste para clamídia; antes de conceber ou à primeira consulta	É feito um *swab* de área em torno da cérvice, da uretra, ou do reto para colher-se possíveis germes infecciosos.	A infecção por clamídia na mãe deve ser tratada para prevenir a infecção do recém-nascido.
Teste de AIDS; antes da concepção ou à primeira consulta	Colhe-se sangue do braço e é feita a pesquisa de anticorpos contra o vírus HIV.	Presença de anticorpos não significa presença de AIDS e sim que a doença pode se desenvolver; o HIV pode ser transmitido ao feto.
Pesquisa de drogas na urina; antes da concepção ou à primeira consulta	Amostra urinária é examinada na busca de sinais de uso de drogas ilícitas. Às vezes se usa amostra de sangue.	Qualquer abuso de drogas durante a gravidez é perigoso para o feto e deve ser prontamente tratado.
Swab para estreptococos do grupo B; com 26 ou 28 semanas de gestação	Faz-se o exame em amostra de material da cérvice.	Em presença de estreptococos do grupo B a mãe é tratada ao começar o trabalho de parto ou quando se rompem as membranas, para prevenir a infecção do recém-nascido.
Hepatite B; em geral no fim do segundo trimestre	Examina-se amostra de sangue colhida no braço.	Para descobrir a infecção pela hepatite B, de forma que a mãe seja tratada no pré-natal e o bebê logo depois do nascimento.

Consultar as doenças respectivas (diabetes, hepatite B etc.) para outras informações.

*Os exames para herpes genital podem também ser feitos à primeira consulta.

TRATAMENTOS NÃO-MEDICAMENTOSOS DURANTE A GRAVIDEZ

SINTOMAS	TRATAMENTO	PROCEDIMENTO
Dor lombar ou nas costas	Calor	Tomar longo banho morno (não com água muito quente), pela manhã e à noite. Aplicar bolsa de água quente, enrolada em toalha, durante 20 minutos, 3 ou 4 vezes ao dia.
	Medidas preventivas	Exercícios, corrigir mecânica corporal, boa postura; ver pp. 209-210.
Contusões	Bolsa de gelo	Usar bolsa de gelo comercial guardada em *freezer*; um saco plástico cheio de cubos de gelo e alguns papéis-toalha para absorver o gelo que derrete, fechado com nó ou borracha; ou uma lata fechada de suco congelado. Aplicar durante 30 minutos, repetir 30 minutos depois se a inchação ou a dor persistir; repetir depois conforme necessário.
	Compressas frias	Mergulhar pano macio numa bacia com cubos de gelo e água fria, torcer, aplicar na região afetada. Reesfriá-lo quando o frio dissipar.
Traumatismos contusos nas mãos, nos punhos e nos pés	Imersão em água fria	Colocar dois cubos de gelo numa bacia (isopor é melhor) com água fria e imergir a parte atingida durante 30 minutos; repetir 30 minutos depois, se necessário.
Queimaduras	Compressas frias	Ver contusões. Não aplicar o gelo diretamente na queimadura.
Queimaduras nas mãos, punhos e pés	Imersão em água fria	Ver contusões.

SINTOMAS	TRATAMENTO	PROCEDIMENTO
Resfriados	Pingar gotas de solução salina no nariz	Preparar a solução, diluir meia colher de chá de sal em 200 ml de água. Pingar algumas gotas em cada narina, esperar 5 a 10 minutos e assoar o nariz.
	Usar Vick VapoRub	Seguir instruções na bula.
	Líquidos em abundância	Beber 200 ml de água ou líquido de hora em hora (sucos, sopas, líquidos quentes, sobretudo canja de galinha, são os melhores). Limitar a ingesta de leite ao volume recomendado pelo médico.

Para Manter a Umidade

O ar quente e seco contribui para ressecar a pele, para a tosse, e possivelmente para aumento dos resfriados e de outros males respiratórios. O ambiente úmido em casa ajuda a reduzir esse problema, mas a maneira como você o umedece pode fazer diferença. Às vezes, a cura sugerida pode fazer mais mal do que bem.

Os vaporizadores e umidificadores, por exemplo, devem ser escolhidos com cautela. Nos Estados Unidos, os vaporizadores fabricados desde a década de 70 são seguros e eficazes, mas no caso de haver crianças pequenas por perto eles devem ficar fora do alcance. Há alguns que estimulam o crescimento bacteriano e a propagação de germes, e não devem ser usados. Os ultra-sônicos lançam no ar minúsculas partículas bacterianas e outras impurezas da água e podem causar reações alérgicas ou doença alérgica se não forem limpos todo dia e se for usada água comum de torneira. Panelas de água sobre aquecedores talvez acrescentem um pouco de umidade ao ar, mas podem ser um risco de queimadura para crianças pequenas. Chaleira fervendo sob uma tenda também apresenta esse risco e deve ser usada com cuidado só por breve período!

Existem novos modelos de umidificadores que parecem emitir menos germes do que os modelos mais antigos. De qualquer forma, todos devem ser drenados e limpos antes de serem guardados. Devem também ser completamente limpos antes de serem novamente usados.

Não importa o método que você use para umidificar o ar de sua casa, mais importante ainda é limitar o tempo da operação. Não a umidifique o tempo todo — entre outras coisas, estimula o crescimento de fungos (mofo) nas plantas e nos móveis. Tente primeiro não deixar que o ar ambiente fique seco e superaquecido. Para isso, em tempo frio, se houver aquecimento central em sua casa, não exagere na temperatura ambiente (não acima de 20 graus). E não vede todas as frestas, portas e janelas — permita a renovação do ar da casa. (Isso também minimiza o perigo de poluentes dentro de casa, como o do radônio.)

SINTOMAS	TRATAMENTO	PROCEDIMENTO
	Inalação	Usar vaporizador, umidificador ou chaleira de vapor; preparar uma tenda cobrindo com uma toalha um guarda-chuva aberto colocado no encosto de uma cadeira; colocar o umidificador na cadeira. Ficar 15 minutos 3 a 4 vezes por dia debaixo da tenda; prolongar o tempo para 30 minutos se não ficar muito desconfortável. (Não ficar sob a tenda se o ambiente se tornar muito quente.) Manter o umidificador perto da cama ao dormir ou repousar.
Tosse, por gripe ou resfriado	Inalação Líquidos em abundância	Ver resfriados.* Ver resfriados.
Diarréia	Líquidos em abundância	Beber 200 ml de líquidos de hora em hora, incluindo água, suco de fruta diluído (mas não de ameixa), sopas. Tomar leite conforme recomendado pelo médico (ver p. 356).
Febre	Banho frio	Usar banheira com água morna e gradualmente resfriá-la, acrescentando cubos de gelo — parar imediatamente se começar a ter calafrios.
	Banho de esponja	Mergulhar toalhas numa tigela com 2 litros d'água, meio litro de álcool de cozinha e 1 litro de água (cubos de gelo); aplicar as toalhas frias à pele. Usar toalha de plástico para recolher as gotas. Parar se começar a ter calafrios.

*Ver p. 481. Embora a inalação de vapor seja há muito usada no tratamento das tosses e resfriados, há agora alguma dúvida sobre sua verdadeira eficácia.

SINTOMAS	TRATAMENTO	PROCEDIMENTO
		Chame o médico imediatamente se a febre passar de 39°C.
Hemorróidas	Banho de assento	Sentar em água quente (mais quente do que a do banho usual) para cobrir a área atingida durante 20 a 30 minutos, 2 a 3 vezes por dia.
Coceira abdominal ou na pele	Bicarbonato de sódio e pasta amoniacal	Misturar 1/½ xícara de bicarbonato de sódio com bastante amoníaco caseiro para fazer uma pasta (evitar respirar os vapores); aplicar à região que coça. Se persistir, consultar o médico.
	Medidas preventivas	Evitar as duchas e os banhos quentes e prolongados, e os sabonetes ressecantes. Usar um bom creme umidificante, passar depois do banho antes de enxugar-se. Para umidificar o ar ambiente ver p. 481.
Conjuntivite, com coceira e secreção	Compressas mornas	Usar pano embebido em água morna (quente não), verificar a temperatura na parte interna do antebraço e aplicar ao olho durante 5 a 10 minutos, de 3 em 3 horas
Dores e traumatismos musculares	Bolsa de gelo, compressas frias, ou imersão em água fria durante as primeiras 24-48 horas.	Ver contusões.
	Depois de 48 horas, imersão em água quente, banhos quentes ou calor local	Umedeça uma toalha com água morna, então enrole-a e coloque-a sobre o lado atingido, cobrindo-a completamente com saco plástico. Coloque uma almofada elétrica (em vez de bolsa de água quente) sobre o plástico na temperatura média, cuidando para que ela não encoste na toalha úmida. Aplique durante 1 hora duas vezes por dia

SINTOMAS	TRATAMENTO	PROCEDIMENTO
Congestão nasal por resfriados	Gotas de solução salina	Ver resfriados.
Sinusite	Alternar compressas quentes e frias	Mergulhe um pano em água quente, torça e aplique na região dolorosa até o calor dissipar, cerca de 30 segundos; então aplique uma compressa fria até o frio dissipar. Continue alternando o calor e o frio durante 10 minutos, 4 vezes ao dia.
Dor de garganta	Gargarejo (colutório)	Dissolva 1 colher de chá de sal em 200 ml de água quente (temperatura do chá) e gargareje durante 5 minutos; repetir conforme necessário, ou de duas em duas horas.

O APORTE IDEAL DE CALORIAS E GORDURAS

As necessidades de calorias e gorduras variam segundo o peso e o nível de atividade da pessoa; fatores como o metabolismo também entram em operação. Embora a tabela seguinte seja apenas uma lista de orientação, ajuda a planejar o consumo diário de gordura durante a gestação. As porções mencionadas levam em conta o fato de que você terá pelo menos uma porção de gordura por dia "oriunda" de alimentos com "baixo teor de gordura".

Peso Ideal (quilos)	Nível de Atividade*	Necessidade Calórica Diária**	Ingesta Máxima de Gordura (g)	Porções Máximas de Gordura
45	1	1.500	50	2½
45	2	1.800	60	3½
45	3	2.500	83	5
55	1	1.800	60	3½
55	2	2.175	72	4
55	3	3.050	101	6
65	1	2.100	70	4
65	2	2.500	85	5
65	3	3.600	120	7¼

*Classifique o seu nível de atividade da seguinte forma: 1 sedentária, 2 moderadamente ativa, 3 muito ativa; pouquíssimas gestantes cuem nessa última categoria.
**Ver p. 13.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Abaixar-se e levantar-se, 210
Abdome
  coceira no, 240
  coceira no, tratamento de, 483
  dor no, 142, 145, 151, 213
  dormir sobre o, 208
  músculos abdominais, 459
  ver também Aspecto Físico da Gestante, O
Abortamento espontâneo precoce, 144, 389
  e abortamentos anteriores, 144
  fatores relacionados ao, 144
  medo de, 146
  quando chamar o médico, 146
  o que fazer na suspeita de, 392
  sinais de, 146, 393
  tratamento de, 393
Abortamento espontâneo tardio, 212, 392
  prevenção de, 213, 393
  sinais de, 393
  sintomas de, 212
  tratamento de, 393
Aborto espontâneo, 144, 212, 392-93
Aborto induzido
  anterior, e gravidez, 48
  após exposição à rubéola, 357
  e diagnóstico pré-natal, 73
  oposição ao, e diagnóstico pré-natal, 43
Abscesso mamário, 442
Academia Nacional de Ciências (dos Estados Unidos), 117
Acetaminofen, uso de, na gravidez, 366
Acidentes
  e aborto espontâneo, 145
  preocupação com, 259
  prevenção de, 167
  quando procurar auxílio após, 260
  e traumatismo, 260
Ácido fólico, 115
Acne, ocorrência de, 156
Aconselhamento genético, 71
  na preconcepção, 474
Açúcar
  controle do, no sangue, 373
  substitutos do, 93
    aspartame, 164
    sacarina, 164
    sorbitol e manitol, 165
  teste de, na urina, 477
  teste de, no sangue, 187
  tipos de, 111
  na urina, 187
Açúcar no sangue
  controle do, no diabetes, 373
  e desmaios ou tonturas, 207
  no diabetes gestacional, 188, 395
  e fadiga, 135
  e náusea matinal, 138
  nível baixo de, 136, 139, 207
Açúcar no sangue, baixo teor de, *ver* Hipoglicemia
Acupressão no trabalho de parto, 318
Acupuntura para o alívio da dor no parto, 270
Aditivos nos alimentos *ver* Substâncias químicas
Adoçantes, 93, 164
Agentes químicos, *ver* Substâncias químicas
Água
  segurança da, 99
  segurança da, em viagens, 217
  ver também Líquidos
AIDS, 67
  teste de, 68, 479
Albumina na urina, teste de, 477
Álcool
  abstenção do, 84
  e aleitamento, 450
  efeitos do, no feto, 84
  efeitos do, na gravidez, 84
  substitutos do, 84
  e trabalho de parto prematuro, 257
  uso do, no período anterior à concepção, 476
Alergias, 192
  agravamento de, 192
  tratamento de, 192-93
Alfafetoproteína (AFP), dosagem de, no sangue materno, 78
Alimentação eficaz, 110
Alimentação na gravidez, *ver* Dieta
Alimentos
  contaminação dos, 166
  preparação segura dos, 166
  processamento dos, 111
  segurança dos, 163
Alimentos pouco nutritivos, 161
Alimentos que provocam gases, 172
Alojamento conjunto, 431-32

Altitudes, grandes
viagens a, 216
vida em, e gravidez, 62
Amamentação/aleitamento, 291
após cesárea, 442
benefícios, 291
como anticoncepcional, 454
contra-indicações para, 294
decisão sobre, 293
Dieta Ideal para, 441
de gêmeos, 443
início, 436
e medicamentos, 294
posições para, 437
princípios básicos, 437
Amenorréia, com sinal de gravidez, 32
American College of Obstetrics and Gynecology, 53
Amniocentese, 74
complicações da, 75
razões para a, 74
segurança da, 75
Amniorrexe prematura (rompimento prematuro das membranas), 404
Amor entre a mãe e o bebê, 430
Amor, fazer, 199
cólicas após o orgasmo, 178
falta de interesse em, no puerpério, 452
prazer em, 203
recomeçar a, no puerpério, 451
restrições a, na gravidez, 203
sexo oral, 178
sintomas que afetam o ato de, 200
nas últimas semanas de gravidez, 290
variações no desejo de, 177
Amostragem da pele fetal, 82
Amostragem das vilosidades coriônicas, 79
segurança da, 80
Amostragem do sangue do couro cabeludo, 304, 324
Amostragem do sangue fetal, 82
Analgésicos para as dores do parto, 266
Anemia, 189
Anestesia
geral, 269
local, 267
odontológica, 215
Anemia falciforme, 382
e gravidez, 382
hereditária, 383
testes de, 71, 75
Animais domésticos, alergia a, 193
Anomalia do tubo neural
exame diagnóstico de, 74, 78
redução do risco de, 475
Anomalias congênitas, 54
correção de, 253
diagnóstico pré-natal de, 73
enfrentando a descoberta de, 393
ver também Anomalias genéticas
Anomalias genéticas
aconselhamento sobre possíveis, 71
história familiar de, 54-5
opções de diagnósticos de, 74
riscos de um bebê com, 71
transmissão de, 71
Anoréticas e gravidez, 377
Anormalidades cromossômicas, 58, 74
Anticoncepcionais de uso oral e gravidez, 69
Apgar, teste de, 329
Apresentação do feto, 276
pélvica (de nádegas), 278
mudança de posição do feto, 276
opções de parto na, 276
parto vaginal na, 349
vértice, 278
Aréola
no aleitamento, 439
escurecimento da, 141
Ar, umidade do, 481
Asma, 374
Aspartame, 93
Aspecto físico
mudanças no, no início da gravidez, 156
preocupações com o, 156
readquirindo o, anterior, no puerpério, 448, 456
no segundo trimestre, 195
Aspecto Físico da Gestante
no primeiro mês, 134
no segundo mês, 155
no terceiro mês, 170
no quarto mês, 186
no quinto mês, 206
no sexto mês, 236
no sétimo mês, 252
no oitavo mês, 272
no nono mês, 297
Aspirina
e aleitamento, 450
substitutos da, 366
uso na gravidez, 365
Assistência centrada na família, 41
Atividade fetal, *ver* Movimentos fetais
Atividade física
e abortamento espontâneo, 144
extenuante, na prática de exercícios, 230
extenuante, no trabalho, 241
extenuante, e trabalho de parto prematuro, 256
Auxiliar no parto, o marido como
na cesariana, 351

no parto de emergência, 351
responsabilidades do, 333, 336, 340, 345, 348
Aversões alimentares, 158
Aves, substâncias químicas em, 165
Avião, viagens de, 217
riscos ocupacionais de, 104
Azia, 157

B

Bactérias na urina, testes para detectar, 362, 477
Banhos
de assento, 483
para febre
de esponja, 482
frio, 482
no pós-parto, 455
nas últimas seis semanas, 288
Banhos quentes de imersão, segurança dos, 95
Barriga, dormir sobre a, 208
Barriga, silhueta da, diversas formas da, 275
no oitavo mês, 276
no quinto mês, 223
Batatas ao forno, 125
Batimento cardíaco fetal
como avaliação do bem-estar do bebê, 304
no diagnóstico da gravidez, 34
ouvido pela primeira vez, 177
no trabalho de parto, 321
Bebê
ambivalência em relação ao, 197, 430
e amor materno, 430
ansiedade em relação ao, 144, 148, 253
de baixo peso, 262, 399
chances de ter outro, 400
redução do risco de um, 262
condição do, no nascimento, 328
nascimento do, 342
perda do, 411
primeiro contato com o, 345
responsabilidade pelo, 259
tamanho do, e diabetes, 373
tamanho do, e ganho de peso da mãe, 275
vida com o, 224
vínculo com o, 430
Betacaroteno
alimentos ricos em, 121
necessidade de, na gravidez, 115
Bexiga
após a insinuação, 300
no pós-parto, 424
no primeiro trimestre, 140
Bicarbonato de sódio e amoníaco, pasta de, 483
Biotina, 118
Biscoitos de aveia com frutas, 126
Biscoitos de figo, 126
Bloqueio anestésico caudal, 269
Bloqueio anestésico regional, para a dor do parto, 267
Bloqueio epidural, 268
Bloqueio pudendo, 268
Bolsa d'água, rompimento prematuro da, 404
Boro, 115
Bradley, método de parto, 250
Broas integrais, 124
Brotoeja, 214
Bulimia, 377

C

Cabeça
ajustamento da, do recém-nascido, 343
do feto e pelve materna, 279
Cabelos
crescimento excessivo de, 212
queda de, no puerpério, 455
no recém-nascido, 345
Cafeína
e amamentação, 450
minimização dos sintomas da abstinência, 92
na pré-concepção, 476
renúncia ao hábito da, 91
segurança da, na gravidez, 91
Cálcio
e câibras nas pernas, 239
em complementos, 118
na dieta vegetariana, 161
Classificação dos alimentos para a Dieta Ideal, 119
lanches ricos em, 120
necessidade de, na gravidez, 114
Calor
aplicação de, para dores nas costas, 480
perigo de exercícios no, 232
Calorias
necessidade de, na gravidez, 111
necessidades individuais, 484
qualidade das, 110
queima de, através de exercícios, 230
Caminhar
como exercício na gravidez, 233
no trabalho de parto, 331, 333, 335
Canais galactóforos, obstrução dos, 441
Cansaço, *ver* Fadiga
Caput succedaneum (bossa serossanguínea), 345
Carboidratos, 111
na Dieta Ideal, 115

Classificação dos Alimentos para a Dieta Ideal, 121
importância dos, complexos, 111
Carne crua, 95
substâncias químicas na, 165
e toxoplasmose, 95
Carregar crianças no colo
no primeiro trimestre, 149
no segundo trimestre, 211
Casamento, mudança do relacionamento no, 289, 465
Casa, volta para, depois do parto, 432
Catapora, 364
Cateterismo vesical
com anestesia, 268
no pós-parto, 425
na recuperação da cesárea, 434
Caxumba, 364
Cefaléia (dor de cabeça), 173
por enxaqueca, 175
por fome, 174
por sinusite, 174
tratamento de, 484
na pré-eclâmpsia, 241
quando chamar o médico por causa da, 151, 175
tratamento não-medicamentoso da, 173
Cerclagem, 50
Cereais
em combinações protéicas, 127
Classificação dos Alimentos para a Dieta Ideal, 121
necessidades de, na gravidez, 115
Cérvice
alterações na, como sinal de gravidez, 32, 33
apagamento da, 301
dilatação da, 301
dilatação da, no trabalho de parto, 332, 334, 339
dilatação da, no trabalho de parto prolongado, 334
insuficiente, 49
Cesariana, *ver* Parto cesáreo
Chamberlen, Peter, 328
Checkup, 150
importância do, 149
inicial, 133
odontológico, 150, 215, 473
plano de, 149
pré-concepção, 472
ver também Consultas
Chumbo, exposição ao, 99
Chutes do bebê, 194, 237, 298
ver também Movimentos fetais
Cistica, 260
Ciclismo, 233
Cigarro, 85
ver também Fumo
Cinto de segurança, uso de, na gravidez, 221
Cintura, expansão da, 156
Cistite, 362
no puerpério, 426
Cistos do corpo lúteo, 182
Citomegalovírus (CMV), 359
Clamídia, 67
teste para, 479
Cloasma, 214
Cobertores elétricos, segurança dos, 96
Cobre, em complementos, 118
Cocaína, 90
Coceira
no abdome, 240
na pele, 214
tratamento para a, 483
ver também Pele
Cócoras, posição de,
no parto, 342
no trabalho de parto, 331
Coeficiente de mortalidade infantil, 253
Colesterol na gravidez, 169
Cólicas abdominais
no abortamento espontâneo precoce, 145
no abortamento espontâneo tardio, 213
depois do orgasmo, 178
na fase premonitória do trabalho de parto, 309
na gravidez ectópica, 143
no puerpério, 422
por estiramento de ligamentos, 213
Colostro (pré-leite), 427
ausência do, antes do parto, 307
saída de, durante a atividade sexual, 201,
saída de, no nono mês, 307
Compleição física, problemas afins, 156
Complicações
em gestações anteriores, 51
na gravidez, 388
no parto, 407
no pós-parto, 410
Compressas para ferimentos
frias, 480
quentes, 483
úmidas, 480
Concepção, preocupações com a, 454
Cônjuge, alteração das relações com o, 289
Conjuntivite, compressas mornas para, 483
Conselhos indesejáveis, 198
Consultas
no primeiro mês, 133
no segundo mês, 153
no terceiro mês, 169
no quarto mês, 185
no quinto mês, 205

no sexto mês, 235
no sétimo mês, 251
no oitavo mês, 272
no nono mês, 296
no puerpério, 445
Contraceptivos (anticoncepcionais), concepção em uso de, 69
Contrações
de Braxton Hicks, 288
na fase prumonitória do trabalho de parto, 310
no falso trabalho de parto, 310
interrupção de, prematuras, 407
irregulares, 318
no pós-parto, 423
prematuras, 258
na primeira fase do trabalho de parto, 332
na segunda fase do trabalho de parto, 334
na terceira fase do trabalho de parto, 340
no trabalho de parto verdadeiro, 310
Contrapressão no trabalho de parto, 317
Controle da natalidade
mudança do, na preconcepção, 474
necessidade de, no pós-parto, 454
Cordão umbilical
prolapso do, 405
secção (corte) do, 346, 348, 351
Cordocentese, 82
Coréia de Huntington, 71, 75
Corioamnionite (infecção amniótica), 396
Coriocarcinoma, 394
Coronariopatia (doença das coronárias), 381
Corrida de velocidade, 233
Costas
dores nas, 209, 260
alívio para as, 210
no parto, 309, 317
prevenção contra, 210
tratamento sem medicamentos para as, 480
dormir de, 208
exercícios para fortalecer as, 211
exercícios de, 225
Costelas, dor nas, 274
Couvade (incubadora, berço), 463
Crack, uso de, na gravidez, 90
Crenças religiosas
e aborto, 72
e cuidados médicos, 62
e redução da gravidez, 413
Crescimento intra-uterino, retardo do, 399
ver também Bebê de baixo peso
Cromo, 118
Cursos, *ver* Parto, educação para o

D

Daiquiri de morango, 128
Data provável do parto, 36
cálculo da, 36
determinação da precisão da, 36
parto após a, 302
Deficiência física e gravidez, 378
Demerol, 267
Dentes
checkup odontológico, 215
na gravidez, 215
na pré-concepção, 472
problemas odontológicos, freqüência de, na gravidez, 215
prevenção de, 215
trabalhos odontológicos
anestesia em, 215
dieta após, 215
na pré-concepção, 473
raios X em, 215
Depressão
ausência de, no puerpério, 448
durante a gravidez, 137
no pai, 462
no puerpério, 446
tratamento da, 446
DES (dietilestilbestrol), gravidez em filhas de, 70
Desejo sexual, alterações do, 177, 199, 452, 469
Desequilíbrio hormonal e trabalho de parto prematuro, 256
Desejos alimentares, 158
como sinal de gravidez, 32
Desenvolvimento fetal
primeiro mês, 134
segundo mês, 155
terceiro mês, 170
quarto mês, 186
quinto mês, 206
sexto mês, 236
sétimo mês, 252
oitavo mês, 273
nono mês, 297
Desmaio, 207
quando chamar o médico, 151
Desproporção cefalopélvica, 279, 335
Diabetes, 370
dieta para, 370
freqüência cardíaca nos exercícios e, 372
gestacional, 187, 395
sintomas do, 395
tratamento adequado do, 370
Diabetes gestacional, 187, 395
sintomas do, 188
Diagnóstico da gravidez, 31
Diagnóstico pré-natal
amniocentese, 74

amostragem das vilosidades coriônicas, 79
dosagem de alfafetoproteína no sangue materno, 78
feroscopia, 78
e oposição ao aborto, 72
razões para o, 73
tipos variados de, 82
ultra-som, 76
Diástase do músculo abdominal, 459
Diarréia
com gastrenterite, 356
na fase premonitória do trabalho de parto, 310
tratamento da, 357, 482
Diazepam, 267
Dieta
efeitos da, na gravidez, 109
e a família, 112
gastrenterite e, 357
Ideal, 109
no aleitamento, 441
Os Doze Componentes Diários da, 113
fuga da, 163
Grupos de Seleção de Alimentos, 119
necessidades de calorias e gorduras na, 484
necessidades diárias na, 113
princípios básicos da, 110
quebra da, 163
melhoria da, na pré-concepção, 474
na pré-concepção, 474
resfriado e, 356
sem carne, 161
vegetariana, 161
combinações protéicas completas na, 111
Dietilestilbestrol (DES)
efeito da exposição pré-natal ao, 70
e gravidez ectópica, 143
Dilatação, 301
ver também Cérvice
Dirigir no último trimestre, 288
Dispositivo intra-uterino (DIU)
e abortamento, 144, 145
e gravidez, 68-69
e gravidez ectópica, 143
Distócia (de ombro), 409
Distúrbios do apetite, 377
Distúrbios hereditários, *ver* Anomalias genéticas
DIU e gravidez, 68-9
Doação de órgãos, 74
Doença de Lyme, 361
Doença de Tay-Sachs, 71, 75
Doenças cardíacas
congênitas, 71
e gravidez, 381
Doenças crônicas na gravidez, 370
preparação para, 474
vivendo com, 384
Doença das coronárias (coronariopatia), 381
Doenças gastrintestinais, 356
Doenças na gravidez, 355
crônicas, 370
prevenção de, 368
Doenças pélvicas inflamatórias e gravidez ectópica, 143
Doenças sexualmente transmissíveis
AIDS, 67-8
clamídia, 67
gonorréia, 66
herpes genital, 65
sífilis, 66-7
vaginite inespecífica, 67
verrugas venéreas (ou genitais), 67
Doença trofoblástica, 393
Doppler, sonar, teste de velocimetria com o, 304
Dor
abdominal, 143, 145, 151, 213
alívio da, no trabalho de parto, 263
de cabeça, *ver* Cefaléia
nas costas, 209
nas costelas, 274
em decorrência dos movimentos fetais, 238, 274
depois da cesariana, 434
fatores que aumentam/diminuem a, 341
de garganta, 356
tratamento da, 484
nos ligamentos abdominais, 213
lombar baixa, 260
nas mãos, 237
medo da, do parto, 243
nas pernas, 260
no puerpério, 423
quando chamar o médico, 151, 429
na região perineal, no puerpério, 423
Dor, alívio da
aspirina e substitutos para, 366
no parto, 263
no puerpério, 424, 434
Dor lombar, 209
alívio da, 209
baixa, 260
prevenção da, 209
no trabalho de parto, 310, 317
tratamentos não-medicamentosos para a, 480
Drogas, uso de, na gestação
álcool, 83
e aleitamento, 449
cocaína, 90
heroína, 90
maconha, 89
narcóticos, 90
nicotina, 85
outras, 90
na pré-concepção, 476
teste, 479
e o trabalho de parto prematuro, 256
ver também Medicamentos

E

Eclâmpsia, 399
Ecocardiografia, 82
Edema (inchação)
das mãos, rosto e olhos, 254
dos pés e tornozelos, 254
quando chamar o médico, 151
Efeito alcoólico fetal, 83
Eletrocardiografia fetal, 304
Emoções na gravidez, 137
primeiro mês, 135
segundo mês, 153
terceiro mês, 169
quarto mês, 185
quinto mês, 205
sexto mês, 235
sétimo mês, 251
oitavo mês, 272
nono mês, 297
do pai, 462
reação do pai às, 462
Encaixamento do feto, 300, 308
Episiotomia, 325
dor após a, 423
infecção após a, 423
Epilepsia, 379
Equitação, 233
Eritema infeccioso (a Quinta Doença), 360
Eritema palmar (vermelhidão das mãos), 214
Erros médicos
e cesarianas, 281
protegendo-se contra os, 45
Ervas medicinais, 368
Esclerose múltipla, 376
Escoriações, tratamento de, 480
Espermicidas e gravidez, 60
Espinha bífida, 74, 78
Esportes
competitivos, 233
de contato, 233
prática de, 221
ver também Exercícios
Esquecimento, 190
Esqui, 233
Estimulação acústica fetal (ou vibro-acústica), 303
Estimulação neuroelétrica transcutânea (ENET), 270
Estiramento e dor nas costas (lombar), 210
Estreptococos do grupo B, 479
Estresse, 145
alívio do, 147
incontinência por, 274
e trabalho de parto prematuro, 257
teste de, para o feto, 304
Estresse físico no trabalho, 104
Estrias, 177
Estribos, uso durante o parto, 327
Evacuação no pós-parto, 426
Exame cardiotocográfico sem ocitocina, 304
Exame colpocitológico (esfregaço de Papanicolaou), 478
Exame físico
no primeiro mês, 133
ver também Consultas
Exames/testes
comuns, durante a gestação, 477
de diagnóstico pré-natal, 72
de gravidez, 31
na primeira consulta pré-natal, 133
Exaustão no puerpério, 456
Exercício da corcova de dromedário, 228
Exercício da posição do alfaiate, 231
Exercício de elevação alternada das pernas, 232
Exercício de relaxamento do pescoço, 229
Exercícios aeróbicos (ginástica aeróbia), 226
Exercícios de basculação da pelve, 227, 459
Exercícios calistênicos, 226, 233
Exercícios de extensão das pernas, 459
Exercícios de elevação da cabeça, 458
Exercícios na gravidez, 225
benefícios dos, 226
desenvolvimento de um programa para, 227
escolhas dos, corretos, 233
grupos de , 230
moderação nos, 231
para prevenir a constipação, 171
para as sedentárias, 230
relaxamento, 147, 229
restrições aos, 214
segurança durante os, 231
superaquecimento durante os, 232
Exercícios na pré-concepção, 475
Exercícios no puerpério, 456
Exercícios, posição básica para, 225
Exercícios de tonificação da pelve (de Kegel), 225, 227, 459

F

Fadiga
aumento da, no sétimo mês, 253
extrema na anemia, 253
no primeiro trimestre, 135
no puerpério, 456
no segundo trimestre, 207
tratamento da, 136
Falso trabalho de parto, sinais de, 310
Falta de ar, 190
e asma, 374
no terceiro trimestre, 272

antasias, 261
ase ativa do trabalho de parto (segunda fase), 335
ase latente do trabalho de parto (primeira fase), 332
ase transicional do trabalho de parto (terceira fase), 339
ator Kell, teste do, 477
ator Rh
incompatibilidade, 63
e indução do trabalho de parto, 314
teste do, 477
ebre
na gestação, 365
puerperal, *ver* Puerpério, infecção no
quando chamar o médico, 151, 429
tratamento não-medicamentoso para a, 366, 482
'energan, 267
'enilcetonúria, 381
'erro
alimentos ricos em, 122
em suplementos, 117
deficiência de (anemia), 189
necessidade de, na gravidez, 116
suplementação de, 116, 189
'eto
estimulação do, 222
influências externas sobre o, 222
morte do, 144, 411
posição do, 275
preocupação com a condição do, 148
e relações sexuais, 178, 255
retardo do crescimento do, 399
soluço no, 261
tamanho do, e ganho de peso pela mãe, 275
tratamento pré-natal do, 73
ver também Bebê
Fetoscopia, 78
Fibras, 115
na Dieta Ideal, 111
importância das, no diabetes, 371
para prevenir a prisão de ventre, 171
no puerpério, 426
Fibromas uterinos e gravidez, 49
Fibrose cística, 71
Fisioterapia para alívio da dor no parto, 270
Fórceps, 328
Fórmula nutricional nos rótulos de produtos, 166
Frutas e legumes
Classificação dos alimentos para a Dieta Ideal, 121
necessidades de, 115
resíduos químicos em, 165
Fumar, hábito de (tabagismo)
e aleitamento, 450
alergia ao, passivo, 193
efeitos crônicos do, 85, 88
efeitos do, sobre a gravidez, 85
do pai, 89
na pré-concepção, 476
no puerpério, 450
renúncia ao, 86
e o trabalho de parto prematuro, 256

G

Gases (flatulência), 172
Gases intestinais, 172
Gatos e toxoplasmose, 93
Gelo em ferimentos, 480
Gêmeos
ornamentação de, 443
decepção com, 182
diagnóstico de gravidez gemelar, 179, 238
ganho de peso na gravidez gemelar, 181
necessidades especiais de, 180
perda de um dos, 415
preocupação com a segurança de, 181
quando um dos, não se desenvolve, 414
Gengivas
cuidados preventivos com as, 216
nódulo nas, 216
sangramento das, 215
Genitália
ingurgitamento da, na gravidez, 200
inchação da, no recém-nascido, 346
Gestação/gravidez
anterior problemática, 52
complicações em, anterior, 52
complicações na, 387
diagnóstico da, 31
doenças crônicas e, 370
doenças durante a, 355
duração da, 302
e história familiar, 54
e idade, 58
interrupção da, 411
molar, 393
mudança do estilo de vida na, 94
nova, no puerpério, 454
perspectiva de perigos na, 91
preparação para a, 472
redução dos riscos na, 81
riscos ambientais na, 105
segunda, ou subseqüente, 52
segurança na, 167
sentimentos ambivalentes em relação à, 197
sinais de, 31
em sucessão (gestações muito próximas), 55
e tamanho da família, 56
Glicose
níveis de, no sangue, 188
teste de tolerância, 188, 478
testes de, na urina, 477

na urina, 187
ver também Açúcar no sangue
Gonadotrofina coriônica humana (hCG)
em partos, 303
teste de, 34
Gonorréia, 66
teste para detectar a, 479
Gordura
alimentos ricos em, 122
necessidade de, na gravidez, 116
necessidade de, individual, 484
Grantly-Dick Read, método de parto, 249
Grãos
em combinações protéicas, 127
Classificação dos Alimentos para a Dieta Ideal, 121
necessidades de, na gravidez, 115
Grãos e cereais, 115, 121
Gravidez, *ver* Gestação
Gravidez de alto risco, 384
escolha do obstetra na, 39
e estresse conjugal, 384
grupos de mútua ajuda na, 386
reduzindo os riscos da, para o bebê, 400
ver também Capítulos 16 e 17
Gravidez ectópica, 142, 388
fatores da, 143
sinais de, 389
sintomas de, 143
tratamento da, 389
Gravidez, hipertensão provocada pela, 240, 396
ver também Pré-eclâmpsia
Gravidez múltipla (gemelar), 179, 414
e relações sexuais, 203
ver também Gêmeos, 179
Gravidez, perda da, 411
Gravidez, redução da, 414
Gravidez, testes de, 31
em casa, 33
falso-negativos, 35
mais exatos, 35
de sangue, 34
de urina, 34
Gravidez tubária, 142
ver também Gravidez ectópica
Gripe, 355
Grupos de mútua ajuda, 386

H

Hábitos, mudança de, 94
HCG
em partos após a data provável, 303
teste de, 33, 34
triagem de, para diagnóstico pré-natal, 82
Hematócritos, exame de, 478,
Hemofilia, 71, 74
Hemoglobina, exame de, 478
Hemorragia no puerpério, 410
Hemorróidas
na gravidez, 239
tratamento das, 483
Hepatite A, 363
Hepatite B
exame de rotina, 208
infecção do cônjuge com, 363
portador de, 68
teste de, 479
Hepatites C e E, 364
Heroína, uso de, na gravidez, 90
Herpes genital, 65
e necessidade do parto cesáreo, 285
teste de, 479
Hiperêmese gravídica, 388
Hipertensão, 187
crônica, 375
na pré-eclâmpsia, 240, 396
Hiperventilação no trabalho de parto, 337
Hipnose para alívio da dor no parto, 269
Hipoglicemia, 136, 139, 207
Hipotensão
postural, 207
e tonteira, 207
História ginecológica, efeito da, na gravidez, 48
História obstétrica
colhida à primeira consulta, 133
Hospital
alojamento conjunto, 431
chegando ao, 338
deixando o, 432
internação no, 338
não chegar ao, a tempo, 318
o que levar para o, 306
receios a respeito do, 302
tempo de permanência no, 432
visita prévia ao, 302
Humor, oscilações de, 137

I

Ibuprofen, uso de, na gravidez, 366
Icterícia no recém-nascido, 432
Idade da mãe, 257
e amniocentese, 74
e gravidez, 58
e saúde do bebê, 60
e testes pré-natais, 60
Idade do pai
e saúde do bebê, 60
e síndrome de Down, 60
e testes pré-natais, 60
Implantação e abortamento múltiplo, 144
Imunização, 368
atualização na pré-gravidez, 474
para viagens durante a gravidez, 216
à rubéola, 358
Inalação, como tratamento não-medicamentoso, 482

Inalação de vapor, 95
Inalantes, como medicamento no parto, 267
Inchação, *ver* Edema
Incisão uterina, na cesariana, 52
Incontinência urinária, 274
Infecção
  do líquido e membranas amnióticos, 396
  no puerpério, 411
  e relações sexuais, 290
  nos seios, 442
  vaginal, 193
Infecções estreptocócicas, 360
  exame de, 479
Infecções urinárias, 362
  no puerpério, 424
Inseticidas, segurança dos, 99
Inseminação artificial e gravidez, 61
Insinuação, 300
Insuficiência cervical, 49
  e abortamento tardio, 213
  e trabalho de parto prematuro, 257
Insulina
  produção de, na gravidez, 188
  uso de, na gravidez, 372
Inversão uterina, 407
Iodo em suplementos, 118
Iogurte de frutas, 128
Irritabilidade uterina, 257
IV, *ver* Soro intravenoso

J

Jejum na gravidez, 110
Jogging, 233

K

Kegel, exercícios de
  benefícios dos, 227
  como praticar os, 225
  no puerpério, 457
Kennedy, Ethel, 52

L

Lacerações
  cervicais, 410
  no puerpério, 410
  vaginais, 410
Lactação, *ver* Aleitamento (amamentação)
Lactação, supressão da, 428
Lactente, *ver* Bebê
Lactose, intolerância à, 159
Lanches, 120, 121, 139
Lanugo, 346
Lavagem intestinal (enema) no trabalho de parto, 319
Leboyer, Frederick e o parto não-violento, 43
Legumes, verduras e frutas
  Classificação dos Alimentos para a Dieta Ideal, 121
  necessidades de, 115
  resíduos químicos em, 164
Leite
  aversão ao, 159
  intolerância ao, 159
  não-pasteurizado e toxoplasmose, 95
Leite materno
  adequação (suficiência) do, 427
  benefícios do, 291
  contaminação do, 449
Leucorréia, 193
Levantar pesos
  de outras crianças, 149, 211
  posições melhores para, 210
  no trabalho, 243
Ligamentos abdominais, dor nos, 213
Linea nigra, 214
Líquido amniótico
  amostragem do, 305
  avaliação do volume do, 305
  identificação do, 313
  infecção do, 396
  tingido de mecônio, 313
Líquidos
  e aleitamento, 441
  e exercícios, 230
  necessidade de, na gravidez, 117
  para a diarréia, 482
  para prevenir a prisão de ventre, 171, 426
  para o tratamento de resfriados, 482
Lóquios, 422
LSD, uso do, na gravidez, 90
Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), 383

M

Maconha, uso de, na gravidez, 89
Má digestão, 157
Mãe solteira, 57
Magnésio, 115
  em complementos, 118
Mal das montanhas (mal das alturas), forma aguda, 216
Mamadeira
  benefícios da, 293
  êxito com a, 295
Mamilos
  com fissuras e rachaduras, 440
  estimulação dos, para induzir ao trabalho de parto, 302
  invertidos e aleitamento, 307
Manganês, 118
Manitol, 165
Mãos
  dor e entorpecimento nas, 237
  edema (inchação) das, 254
  palmas avermelhadas, 214
  queimação e formigamento nas, 237
  síndrome do túnel cárpico, 237

Máscara gravídica, 214
Massagem no trabalho de parto, 317
Mastite, 442
Maternidade
  e incapacidade física, 378
  receios em relação à, 224, 259, 307
  e sexualidade, 199
  quando se é solteira, 57
Maternidades, 40
Maturidade do pulmão fetal, 75, 407
Mecônio, líquido amniótico tingido de, 313
Medicação
  e aleitamento, 294, 450
  necessidade de, durante o trabalho de parto, 339
  para epilepsia, 379
  para o parto, 263
  pesando riscos *versus* benefícios no uso de, 367
  na pré-concepção, 476
  uso seguro de, 366
Médico
  discordar do, 46
  encontrando o, 41
  escolha do, 38
  mudar de, 46
  primeira consulta pré-natal ao, 133
  relato dos sintomas ao, 44
  tipo de atendimento prestado pelo, 39
  trabalho com o, 44
Médico de família (clínico geral), 38
Médico, quando chamar
  durante a gestação, 151
  no puerpério, 429
  na suspeita de aborto espontâneo, 146, 212
  na suspeita de gravidez ectópica, 143
  no trabalho de parto, 311, 316
Mel, 112
Membranas amnióticas, infecção das, 396
Membranas, ruptura das, 313
  antes do início do trabalho de parto, 314
  identificação do, 313
  para induzir o trabalho de parto, 313
  prematuro, 404
  e prolapso do cordão umbilical, 313
  em público, 305
  quando chamar o médico, 311
  restrições após o, 313
Meperidina (demerol), 267
Mergulho, 233
Metabolismo, alteração do, 254
Metadona, uso de, na gravidez, 90
Método de parto Bradley, 250
Micção
  ausência de aumento na freqüência urinária, 141
  dificuldade com a, no puerpério, 424
  dolorosa, com queimação, 151
  freqüente, como sinal de gravidez, 32
  freqüente, no primeiro trimestre, 140
  incapacidade em controlar a, 274
  mais freqüente após a insinuação, 300
  ver também Urina
Microondas, exposição a, 96
Milk Shake duplo, 125
Mingau de aveia especial, 124
Miomas (tumores) uterinos, 213
Mola hidatiforme, 393
  parcial, 394
Molibdênio, 118
Monitorização fetal
  externa, 321
  interna, 322
  leituras anormais na, 324
Monóxido de carbono
  na poluição do ar, 100
  na fumaça do cigarro, 87
Morte
  do feto, 411
  medo da, durante o parto, 279
  do recém-nascido, 411
Movimentos desajeitados na gravidez, 243
Movimentos fetais,
  ausência de, antes da 28ª semana, 194
  ausência de, no nono mês, 298
  avaliação dos, 303
  com falso trabalho de parto, 310
  como sinal de gravidez, 34
  dor causada pelos, 238, 274
  no final da gravidez, 409
  e gêmeos, 238
  mudanças nos, no nono mês, 298
  muito ativos, 237
  primeira identificação dos, 194
  quando chamar o médico por causa dos, 151
  no segundo trimestre, 237
  teste dos, 238
  no trabalho de parto, 332
  variações dos, 237
Muco tingido de sangue, 299, 310, 311
Músculos abdominais no pós-parto (puerpério), 459
Música, influência da, sobre o feto, 222

N

Narcóticos, uso de, na gravidez, 90

ariz, sangramento do, 191
ascimento do bebê (estágios do), 344
latação, 233
lásica/enjôo
alívio para a, 138
após anestesia geral, 434
como sinal de gravidez, 32
grave, 388
na gravidez ectópica, 144
intensa, 388
matinal, 138
no pai, 463
Nevos aráneos, 154
Niacina em suplementos, 118
Nitratos e nitritos, 165
Nível da parte de apresentação, 300
Nutrição na gravidez, 109
inadequada e trabalho de parto pré-termo, 258
ver também Dieta

O

Obesidade e gravidez, 64
Ocitocina
para indução do trabalho de parto, 314
prova da, 304
no puerpério, 422
Obstetra
na gravidez de alto risco, 38
ver também Médico
Óleo mineral para estimular o trabalho de parto, 315
Olhos
problemas com os, na gestação, 221
problemas com os, no puerpério, 423
tratamento de prurido nos, 483
Oligoelementos, 115, 118
Orgasmo
e aborto espontâneo, 201
alterações do, 177, 200
cólicas após o, 178
e contrações uterinas, 202
contrações uterinas após o, 255
efeitos do, sobre o feto, 255
segurança do, 178
e trabalho de parto prematuro, 201, 202
Ovulação
cálculo da, para a concepção, 473
e a data provável do parto, 36
Óxido nitroso, 267

P

Pai
e aleitamento, 469
ansiedades do, 460-70
e cuidados com o recém-nascido, 249, 465, 469
idade do, e saúde do bebê, 60
impaciência do, 462
mau humor do, 462
náusea no, 463
presença do, no parto cesáreo, 350
presença na hora do nascimento, 468
sintomas do, por afinidade com a mãe, 463
e tabagismo, 88, 476
uso do álcool pelo, na pré-concepção, 476
uso de droga pelo, na pré-concepção, 476
Panquecas de linhaça e trigo integral, 125
Papanicolaou, esfregaço de (exame colpocitológico), 478
Parteira habilitada, 39
independente, 40
ver também Médico
Parto
alternativas de, 41
após a data provável, 302
assistência centrada na família durante o, 41
cadeira de, 42
cama de, 42, 346
cinérgico, *ver* Fórceps; Cesariana
constrangimento durante o, 245, 343
debaixo d'água, 43
descrição do, 347
dificuldade em, anterior, 52
dor no, 243
de emergência, 318, 320
estiramento vaginal durante o, 326
pelo método Leboyer, 43
planejamento do, 263
posições para o, 342
preocupações em relação ao, 245
preparação (assepsia e anti-sepsia) para o, 320
previsão da duração do, 301
sala de, 42
ser amarrada durante o 327
e tamanho da pelve, 279
Parto cesáreo, 281, 350
amamentação após o, 442
centrado na família, 287
cicatriz do, 451
dor após o, 434, 451
efeitos do, sobre o bebê, 281
de emergência, 351
exercícios após o, 435, 451
e hospitais, 286
incisão uterina no, 52
indicações para o, 284
marido (como auxiliar) no, 351
medo do, 283
parto vaginal após o, 53
perguntas sobre o, 285
preparação para o, 286
procedimento típico durante o, 350

razões para o aumento do número de, 283
recuperação a longo prazo do, 451
recuperação do, 433
relações sexuais após o, 451, 452
repetido, segurança do, 52
retirada dos pontos, 436
segurança do, 281
Parto de emergência
a caminho do hospital, 319
em casa ou no escritório, 323
sozinha, 320
Parto, disfunção do trabalho de, 335
Parto domiciliar
de emergência, 323
por opção, 43
Parto, educação para o (cursos) 246
abordagens diferentes de, 249
benefícios do, 247
escolhendo um curso, 248
fontes de informação sobre, 249
Parto, estágio expulsivo do, 342
Parto, estágios do, 330
primeiro estágio (trabalho de parto), 332
segundo estágio (parto propriamente dito), 342
terceiro estágio (expulsão da placenta), 348
Parto, medicamentos no, 265
decisão sobre, 270
necessidade de, 265
redução do risco dos, 266
tipos de, 266
Parto pré-termo, 301
Parto, trabalho de
abreviado (súbito), 316
alívio para a dor do
acupressura, 317
acupuntura, 270
contrapressão, 317
decisão sobre, 270
distração, 270
fisioterapia, 270
hipnose, 269
medicamentos, 265, 266
anormal, 335
disfunção ou interrupção no, 335
distócia de ombro no, 409
e indução, 314
e parto cesáreo, 317
prolongado, 335
com dores nas costas, 317
descrição do, para o médico, 316
dor no, 309
duração do, 332
falso, 310
identificação do, 308
indução do, 314
e parto, 312
medo de, prolongado, 299
receios em relação a, 245
posições confortáveis no, 331
prematuro, 256, 406
primeira fase do (latente ou precoce), 332
quando chamar o médico, 311, 316
e salas de parto, 301
segunda fase do (ativa), 334
sinais do, iminente, 308
sintomas do, 309
terceira fase do (transicional), 339
Parto, trabalho de, indução do, 314
auto-induzir o trabalho de parto, 302
procedimento para a, 314
razões para a, 314
razões para evitar a, 315
Parto, trabalho de, período premonitório do, sinais do, 309
Parto, trabalho de, prematuro
adiamento do, 407
fatores que contribuem para o, 256
redução do risco de, 256
sinais de, 258, 406
tratamento do, 407
Parto, trabalho de, pré-termo, 256, 406
ver também Trabalho de parto prematuro
Parvovírus humano B19, 360
PCP, uso de, na gravidez, 90
Peixes, na alimentação segura, 165
Pele
alterações na pigmentação da, 213
azulada, com manchas roxas, 214
brotoeja, 214
coceira na, do abdome, 240
erupções cutâneas, 260
no terceiro trimestre, 260
problemas de, no início da gravidez, 156
protetor solar para a, 214
do recém-nascido, 346
retalho cutâneo, 214
seca, prevenção da, 483
tratamento para coceira na, 483
vermelhidão e coceira na, 213
Pelve
adequação da, ao parto, 279
encaixamento do feto na, 300
Perfil biofísico, 344
Períneo
cuidados com o, no puerpério, 424
dor no, no puerpério, 423
e episiotomia, 325
estiramento do, no parto, 326
Períodos menstruais

usência de, como sinal de gravidez, 32
regulares e a data provável do parto, 36
ver Menstruação
manentes, segurança dos, 190
nas
fibras nas, 239
or nas, 260
rspiração (sudorese, transpiração) excessiva
a gestação, 215, 255
o puerpério, 427
s
lterações nos, 211
dema (inchação dos), 254
roblemas com os, 211
so, excesso de, e gravidez, 64
ver também Obesidade
so, ganho de, 182
com gêmeos, 180
distribuição do, 184
e dor nas costas, 211
efeitos do, na gravidez, 182
em gestações múltiplas, 180
nsuficiente e trabalho de parto prematuro, 256
em mulheres obesas, 64
no nono mês, 309
para diabéticas, 371
para mulheres abaixo do peso, 183
no primeiro trimestre, 172
recomendado, 183
no segundo trimestre, 183
súbito, 151
e tamanho do bebê, 275
no terceiro trimestre, 184
eso, perda de, no puerpério, 448
o do couro cabeludo fetal, 324
elonefrite, 362
ulas anticoncepcionais e gravidez, 69
ulas dietéticas, uso de, 90
Pitocina, *ver* Ocitocina
Placas e pápulas urticadas e pruriginosas, 260
Placenta
acreta, 403
baixa, 222, 401
descolamento abrupto da, 403
e parto cesáreo, 286
sinais de, 403
tratamento do, 404
descolamento prematuro da, 403
desenvolvimento da, 135
secundamento (dequitadura) da, 348
Placenta prévia, 401
e relações sexuais, 203
sinais de, 40
tratamento para a, 402
Plantas como purificadores do ar, 101
Poluição atmosférica, 100
Poluição sonora, 104
Posição fetal, 276, 277, 278
Posição de pé
para prevenir a dor nas costas, 209
no trabalho, 241
no trabalho de parto, 331
Posições
para o parto, 342
para relações sexuais na gravidez, 203
para o trabalho de parto, 331
Pós-maturidade do bebê, 303
Potássio, 115
Pré-concepção, preparação para a, 472
Pré-eclâmpsia, 240, 396
e edema das mãos e rosto, 254
sinais de, 397
tratamento da, 397
Pré-natal, consultas no, *ver* Consultas
Preocupações
com abortamento espontâneo, 146
com a AIDS, 67
com o bebê, 144, 148, 253
com a dor do parto, 243
com a morte, 279
com a segunda gravidez, 56
Preocupações financeiras, 465
Pressão arterial alta, 187
crônica, 375
na pré-eclâmpsia, 396
Pressão arterial baixa, 207
Pressão sangüínea
alta crônica, 375
alta na pré-eclâmpsia, 396
alterações da, durante a gravidez, 187
baixa, 207
medição da, 478
Prisão de ventre (constipação), 171
ausência de, 171
como causa de hemorróidas, 239
cuidados com a, 171
durante viagens, 218
no pós-parto, 426
prevenção de, 171
Produtos
orgânicos, 166
resíduos químicos nos, 165
Produtos domésticos, segurança dos, 98
Produtos de limpeza, segurança dos, 98
Profissões da área de saúde e gravidez, 103
Prolapso de cordão, 405
Prostaglandina E para o amadurecimento da cérvice, 315
Proteínas
(albumina) na urina, 397, 477
complementos, 114
lanches ricos em, 119
necessidades de, na gestação, 114
vegetais, 127
Provera, 70, 105
Ptialismo, 140

Puerpério (pós-parto), 421, 444
aspecto físico no, 448, 456
condição no, 422
depressão no, 446
dificuldade em urinar, 424
dor no, 423, 434
evacuação no, 426
exaustão no, 456
exercícios no, 456
febre no, 445
hemorragia no, 410
infecção no, 411
perda de peso no, 449
perspiração no, 427
a primeira semana do, 421
as primeiras seis semanas do, 444
sangramento no, 422
secreção vaginal no, 422

Q

Quedas, 259
Queimaduras, tratamento de, 480
Quinta Doença, 360

R

Raios X
efeitos dos, sobre o feto, 97
exposição a, na contracepção, 475
normas de segurança para, 97
odontológicos, 97
para diagnosticar desproporção cefalopélvica, 275
riscos do trabalho com, 103
Raspagem (tricotomia) dos pêlos pubianos no trabalho de parto, 320
Receitas, 123
Recém-nascido, 329, 345
ver também Bebê
Refeições ligeiras, 162
Relação conjugal, mudanças na, 289
Relação médico-paciente, 44
Relações sexuais
facilitando a volta a, no puerpério, 453
falta de interesse nas, no puerpério, 452
falta de interesse por parte do pai nas, no puerpério, 470
reinício das, no puerpério, 451, 452
ver Amor, fazer
ver também Sexo
Repouso absoluto na gravidez, 384
Resfriado comum, 355
tratamento não-medicamentoso para, 481
Resíduos, *ver* Fibras
Respiração diafragmática, 458
Responsabilidades da paternidade, 259
Ressonância nuclear magnética, mapeamento por, 82
Restaurantes, 219-21
Reto abdominal, 458
Riboflavina, 115
em complementos, 118
Riscos *versus* benefícios, 106
Rins
afecção dos, 286
infecção dos
na gravidez, 362
no puerpério, 426
Riscos ambientais
água da torneira, 99
inseticidas, 99
microondas, 96
poluição atmosférica, 100
produtos de limpeza doméstica, 98
tintas, 100
Riscos ocupacionais na gravidez, 102
ver também Trabalho
Rompimento prematuro das membranas (amniorrexe prematura), 404
Rosto
edema do, 254
manchas no, no puerpério, 421
Rótulos da composição nutricional de produtos industrializados, leitura de, 166
Roupa para gestantes, 196
Rubéola, 357
exame de titulação, 478
imunização à, 357-58
Ruídos
e dor de cabeça, 175
poluição sonora, 104
Ruptura uterina, 408

S

Sacarina, 93
Saco amniótico (bolsa amniótica, membranas amnióticas), *ver* Bolsa d'água
Sal, necessidade de, na gravidez, 117
Salas de parto, 301
Salivação excessiva, 140
Sangramento
no início da gravidez, 390
ligado à relação sexual, 201
no meio ou no fim da gravidez, 391
no nono mês, 299
no pós-parto, 410, 422
retal, 239
vaginal, 151, 390-91, 422
Sangria virgem, 128
Sangue
coágulo de, na veia, 405
fazendo uma reserva do seu próprio sangue, 280

preocupação com transfusões de, 280
no parto, 325
apatos
apropriados para a gestação, 212
de maior segurança, 167
para prevenir as dores nas costas, 210
para viagens, 217
arrampo, 361
auna, segurança da, 95
ecreção mucosa, 193
ecreção vaginal
no aborto precoce, 145
no aborto tardio, 213
como sinal de infecção, 193
no falso trabalho de parto, 310
na gravidez, 193
e relações sexuais, 201
sanguinolenta, *ver* Sangramento
no trabalho de parto premonitório, 310
no trabalho de parto verdadeiro, 311
edativos, uso de, na gravidez, 90
ede, quando chamar o médico, 151
egurança materna no parto, 279
eios
abscessos nos, 442
alterações nos
como sinal de gravidez, 32
em gestações subseqüentes, 141
no pós-parto, 141
no primeiro trimestre, 141
doloridos, 428
infecção nos, 442
ingurgitamento dos, 428
obstrução dos canais galactóforos, 441
preparação dos, para a amamentação, 307
quando seca o leite no puerpério, 428
nas relações sexuais, 471
ressecamento dos, no pós-parto, 428
tamanho dos, e amamentação, 307
vazamento de leite dos, 307
Selênio, 116
Sentimentos, *ver* Sintomas Comuns; *ver também* Emoções
Sexo
e abortamento, 201
cólicas após, 178
e o feto, 201, 256
medos com relação ao, 201
mudança no interesse pelo, 177
oral, 178
e parto prematuro, 201
posições para o, 203
restrições ao, 203
sangramento relacionado ao, 201
nas últimas semanas de gravidez, 290
Sífilis, 66
exame de diagnóstico, 478
Simpson, Dr. James Young, 265
Sinais de nascença no recém-nascido, 346
Síndrome alcoólica fetal, 84
Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), 67
teste de, 67, 479
Síndrome de Down
e a idade da mãe, 58
e a idade do pai, 60
teste para detectar a, 60
Síndrome de Hunter, 74
Sintomas
de complicações na gravidez, 151
de complicações no puerpério, 429
de gravidez, *ver* Sintomas Comuns
Sintomas Comuns
do primeiro mês, 135
do segundo mês, 153
do terceiro mês, 169
do quarto mês, 185
do quinto mês, 205
do sexto mês, 235
do sétimo mês, 251
do oitavo mês, 272
do nono mês, 297
após o parto, 348
durante o estágio expulsivo do parto, 342
da primeira semana do puerpério, 421
das seis semanas do puerpério, 444
do trabalho de parto, 332, 334, 339
Skate, 233
Sofrimento fetal, 409
com líquido amniótico tingido de mecônio, 313
no monitor fetal, 322
sinais de, 409
testes para detectar, 304
tratamento do, 409
Sofrimento materno e cesariana, 286
Solução salina (gotas nasais), 481
Soluços fetais, 261
Sonhos, 261
Sono
melhores posições para dormir, 208
problemas no, 175
Sopa creme de tomate, 123
Sorbitol, 165
Soro intravenoso (IV)
no parto cesáreo, 350
remoção do, após o parto cesáreo, 434
no trabalho de parto, 321
Substâncias químicas (agentes químicos)
nos alimentos, 164
nas carnes e aves, 165
exposição a, na gravidez, 103
exposição a, na pré-concepção, 475

no leite materno, 450
no peixe, 165
Sudorese, *ver* Perspiração excessiva
Suplementos nutricionais, 117
Suplementos protéicos (líquidos e em pó), 114
Suplementos vitamínicos e minerais
dificuldade com, 142
fórmula de, na gravidez, 118
necessidade de, na gravidez, 118, 142
necessidade de, na lactação, 441, 449
necessidade de, na pré-concepção, 475

T

Tabaco, 85
fumaça de, alergia à, 193
ver também Fumar, hábito de
Talassemias, 71
Talidomida, 105
Tampão mucoso, desprendimento do, 310, 312
Telangiectasias, 154
Telemetria, monitorização fetal com, 322
Temperatura, elevação da
e desmaio ou tonteira, 207
e exercícios, 232
na gravidez, 255
Tênis, 233
Teratógenos, suscetibilidade a, 105
Terminais de computadores, 102
Testes de gravidez feitos em casa, 33
Tiamina, em complementos, 118
Tintas, toxicidade das, 100
Tintura de cabelo e permanentes, 190
Tipo sangüíneo
e fator Rh, 63
testes para determinar o, 477
Tonteira, 207
na hiperventilação, 337
quando chamar o médico, 151
Tosse
com sangue, 151
noturna, 191
tratamento não-medicamentoso para, 482
Toxemia, 240, 396
ver também Pré-eclâmpsia
Toxoplasmose, 358
efeitos da, sobre o feto, 358
prevenção da, 93
Trabalho
após a chegada do bebê, 259
durante a gravidez, 241
extenuante, 241
posição de pé no, 241
redução do estresse físico no, 242
risco de certos tipos de, 102
Tranqüilizantes
como medicação no parto, 267
uso de, na gravidez, 90
Transferência de gametas intrafalopiana (GIFT), 61
Transpiração excessiva, 427
Tratamento pré-natal do feto, 74
Tratamentos não-medicamentosos, 480
ver também Doenças específicas
Traumatismo espinhal ou medular, 378
Traumatismos
acidentais, 259
musculares, tratamento de, 413
Trem, viagens de, 219
Tromboflebite, 406
Trombose venosa, 405
Tumores uterinos, 213
Tylenol, *ver* Acetaminofen

U

Ultra-som, 76
para demonstrar desproporção cefalopélvica, 279
para determinar posição/apresentação fetal, 279
para diagnosticar a gravidez, 34
razões para o, 76
segurança do, 77
Umidade do ar, 481
Umidificador, 482
Unhas
alterações nas, 214
crescimento rápido das, 212
Urina
açúcar na, 187
exame para detectar açúcar na, 477
retenção da, e início das contrações, 259
ver também Micção
Útero
alterações da forma/posição do, *ver* Aspecto Físico da Gestante
anormalidades do, 213, 257
aumento do, como sinal de gravidez, 33
inversão do, 407
no puerpério, 423, 449
ruptura do, 408

V

Vacinas antialérgicas, 374
Vagina
alterações da, depois do parto, 326
cuidados com a, no puerpério, 424
gotejamento constante de líquido da, 151

de carro, 218
de avião, 218
dicas para, 217
a grandes altitudes, 216-217
imunização para, 217
informações médicas sobre, 217
no segundo trimestre, 216
segurança da água nas, 217
segurança das, no terceiro trimestre, 288
Vick Vaporub, 481
Vida, primeira sensação de, 194
Vida social, mudanças na, 465
Vínculo
mãe-filho, 430
pai-filho, 469
Visão, problemas de
na gravidez, 223
na pré-eclâmpsia, 240, 396
quando chamar o médico, 151
Vitamina A
em complementos, 118
excesso de, 119
necessidades de, na gravidez, 115
Vitamina B_6, 115
Vitamina B_{12}
em complementos, 118
na dieta vegetariana, 161
Vitamina C
em complementos, 118
Classificação dos Alimentos para a Dieta Ideal, 120
necessidades de, na gravidez, 115
Vitamina D
em complementos, 118
excesso de, 119
na dieta vegetariana, 162
Vitamina E, 115
em complementos, 118
Vulva, varizes na, 154
Vômitos
com gastroenterite, 356
na gravidez ectópica, 144
intensos, 389
na náusea matinal, 138
quando chamar o médico, 151
tratamento de, 357

Z

Zinco, 116
em complementos, 118

POSFÁCIO

Agora que você já leu o nosso livro, terá percebido que todas as gestações (como todos os casais que eram filho) são diferentes, que são ucas as normas rígidas e objetivas que pode (ou se deve) seguir. Terá aprendo que hoje somos capazes de contro-, em grande medida, o que acontece rante a gestação e o parto — pela for- que usarmos os recursos obstétricos, la forma que comermos, pela forma e imprimirmos ao nosso estilo de vi- —, tornando a probabilidade de ter- os um bebê sadio bem maior do que onseguida por qualquer geração pre- essa. E temos a esperança de que você tenha beneficiado de um fato impor- nte: embora as preocupações sejam co- uns a todas nós, as informações cor- as conseguem, com êxito, mitigar nos- ansiedades.

Esperamos também que o livro tenha olvido todas as dúvidas, afastado to- s os receios e feito você dormir melhor oite. Esperamos que, ao tomar conhe- ento do que *realmente* esperar duran- gravidez, a expectativa e a realidade se tenham harmonizado melhor, se tenham tornado mais interessantes e bem mais gratificantes.

Ao pesquisarmos sobre o assunto e ao prepararmos o livro, empenhamo-nos em não deixar nenhuma pergunta sem resposta. Baseamo-nos não só em nossa própria experiência, mas na de centenas de casais grávidos que entrevistamos. No entanto, tendo em vista a enorme variação das preocupações apresentadas por cada um, é possível que tenhamos omitido inadvertidamente algumas questões. Se deixamos de mencionar qualquer uma das suas, gostaríamos de saber. Poderemos assim incluí-las (e respondê-las) na próxima edição — que esperamos que saia bem antes da *sua* próxima edição.

Resta-nos desejar-lhes a mais feliz de todas as gestações e o mais venturoso de todos os desfechos.

Arlene Eisenberg
Heidi E. Murkoff
Sandee E. Hathaway